Dott. BALDO ROSSI

CHIRURGO DIRIGENTE LA SEZIONE MECCANOTERAPICA PONTI

ALL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

12

LA MIA PRATICA CHIRURGICA

all'Ospedale Maggiore di Milano

7 Maggio 1894 — 25 Settembre 1905

25

MILANO

STAB. TIP. DITTA F. FOSSATI

1905.

Dott. BALDO ROSSI

CHIRURGO DIRIGENTE LA SEZIONE MECCANOTERAPICA PONTI

ALL'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO

LA MIA PRATICA CHIRURGICA

all' Ospedale Maggiore di Milano

7 Maggio 1894 — 25 Settembre 1905

MILANO

STAB. TIP. DITTA F. FOSSATI

1905.

LA MIA PRATICA CHIRURGICA

Ho preso occasione del lavoro chirurgico interessantissimo di quest'anno, nel quale oltre alla Sezione Ponti di traumatologia e di meccanoterapia, ho l'onore di dirigere una delle Sezioni del Padiglione Ponti di Chirurgia Generale, per pubblicare un resoconto espositivo delle operazioni da me eseguite all'Ospedale Maggiore di Milano e nella pratica privata.

Questo lavoro mi offre l'opportunità di ritornare all'esordio della mia carriera, a quando cioè, dopo due anni d'internato nella Clinica Operativa di Pavia, diretta dall'illustre Prof. Bottini, ebbi la fortuna di esser chiamato a seguire, in qualità di assistente di fiducia, la luminosa e breve carriera del Maestro Prof. Dalle Ore, e di essere da lui indirizzato ad uno studio severo ed intenso dell'arte chirurgica.

In questo lavoro adunque saranno raccolti gli atti operativi da me eseguiti in Sala Carcano nel 1894, nel 95 e nel I° semestre 1896, in Sala S. Giacomo nel II semestre 1896, nel 97 e 98, in Sala S. Ignazio e Rosate nel 1899, nell'Ufficio di Guardia nel 1901, al Padiglione Chirurgico Ponti nel 901, 902, 903 e 904 e finalmente le operazioni eseguite nella Sezione Meccanoterapica nel 902, 903, 904 e 905 ed al Padiglione Chirurgico Ponti nel 905 (fino al 25 settembre) durante cioè la direzione mia di questi due servizii.

Aggiungerò le poche operazioni eseguite da me alle Case di Salute Parapini e di Via Quadronno in questi ultimi anni.

Nel 98 e nel 900 non ho eseguito atti operativi nell'Ospedale Maggiore. Nel 98 in qualità di medico chirurgo assistente ho dovuto fare l'anno d'obbligo di medicina. Nel 900, avendo ottenuto il Premio Parravicini dell'Ospedale Maggiore, ho dovuto, secondo gli oneri del legato, abbandonare per un anno il servizio attivo e portarmi all'estero onde studiare le lesioni traumatiche ed i mezzi migliori per curarle. — Intanto però ho avuto la fortunata opportunità di visitare parecchi fra i principali Istituti Chirurgici dell'estero, dell'Angerer a Monaco, del Czerni ad Heidelberg, del Bergmann a Berlino, del Gussembauer a Vienna, del Kümmel ad Amburgo, dello Schede a Bonn, del Lucas Championniere, del Tuffier, del Tillaux, del Terrier, del Dojén a Parigi.

*
* *

Date le peregrinazioni che per necessità di servizio ho dovuto fare nelle diverse Sale Ospitaliere, ed il largo periodo di tempo trascorso, io non starò a descrivere i Comparti e gli ambienti operativi nei quali ho avuto occasione di esplicare la mia attività chirurgica, le regole antisettiche seguite. — Dirò solo a proposito di queste ultime che, allevato alla scuola rigida dei Prof.ri Bottini e Dalle Ore, mi sono sempre studiato di curare il massimo rigore nella disinfezione, attenendomi sempre a quei precetti di asepsi, che col progresso scientifico andavano man mano acquistando credito, rapporto alla preparazione dell'ambiente, degli strumenti, della medicazione, delle mani del chirurgo.

Del resto ebbi già occasione di esporre dettagliatamente le mie idee sull'asepsi nelle operazioni chirurgiche in due lavori pubblicati nel 1900 (La frattura della rotula) e nel 1904 (I trapianti tendinei nella pratica chirurgica). Dirò solo qualche parola riguardo alla narcosi.

Nel Comparto da me diretto per l'anestesia generale viene somministrato l'etere a preferenza del cloroformio.

Il cloroformio, oltre all'essere meno costoso e presen-

tare meno pericoli quanto alla infiammabilità, è meno sgradito all'ammalato ai primi momenti, gli dà un periodo di eccitazione più breve (specialmente quando si fa precedere la sua somministrazione da un'iniezione di morfina), lo porta più rapidamente alla narcosi completa, ma esige però una conoscenza tecnica profonda da parte di chi lo somministra, un esame accurato ed un osservazione possibilmente prolungata dell'ammalato, perchè la sua somministrazione può tornare oltremodo pericolosa, quando esistano alterazioni organiche, anche minime, specialmente dei reni e del cuore.

Ora se si può ottemperare a queste precauzioni in una Clinica, dove il personale è sempre scelto dal Direttore e da lui disciplinato, dove gli ammalati sono pure scelti e studiati lungamente prima dell'intervento, in condizioni ben diverse ci troviamo in un Ospedale, come il nostro, dove il personale tecnico non può essere ogni volta scelto dal Direttore del Comparto, e per necessità di servizio difficilmente rimane con lui più di un biennio, qualche volta soltanto per pochi mesi; dove il concorso grandissimo degli ammalati ci obbliga ad un lavoro chirurgico enorme (in un solo trimestre nel Comparto Chirurgico da me diretto si fecero 250 operazioni ed in un sol giorno se ne fecero 12) per cui non sempre il personale migliore e più fidato, può essere adibito alla narcosi; dove le operazioni d'urgenza. e la conseguente impossibilità di uno studio accurato e completo dell'ammalato, sono all'ordine del giorno.

L'etere è di somministrazione più facile, e, posso affermare, meno pericoloso, specialmente se prendo in considerazione i risultati statistici del nostro Ospedale, cioè dell'ambiente nel quale operiamo. — All'Ospedale Maggiore infatti nel molteplice lavoro chirurgico di questi ultimi anni (non meno di 10 mila narcosi ogni anno) se si è avuto a lamentare qualche caso di morte, fu sempre per cloroformio. — Nei miei eterizzati io non ebbi mai un morto e, ch'io mi sappia, nessuno dei miei Colleghi ha perduto un ammalato per eteronarcosi, quantunque l'etere vi sia attualmente usata quasi quanto il cloroformio.

L'etero-narcosi non espone mai a quelli *allarmi* dell'inizio, a quelle morti brusche durante le prime inalazioni, che il più delle volte sembrano provenire, come dice Lejars, da una spaventevole fatalità.

Ho potuto inoltre osservare come l'eterizzazione dopo le operazioni lunghe, e specialmente dopo gl'interventi sul ventre, non dà mai uno stato di shock tanto accentuato quanto lo si osserva colla narcosi cloroformica.

Per tutte queste considerazioni io ho adottato la narcosi eterea e limito l'uso del cloroformio a casi speciali, nei quali l'azione dell'etere può tornare nociva, specialmente nelle alterazioni degli organi polmonari, nelle operazioni sul cervello. — Ho adoperato qualche volta anche il sonnoformio per anestesia nelle operazioni di poca durata, quali le riduzioni di lussazioni. — Questo anestetico risponde bene in tali interventi, perchè non lascia alcun disturbo.

Solamente per ammalati in condizioni gravissime, o per piccole operazioni, do la preferenza all'anestesia locale col cloruro d'etile, coll'iniezione alla Schleisch, coll'iniezione di cocaina all'uno per cento. — Quando si tratta di operazioni sulle dita, quest'ultima (2 centim. cubi), è preceduta da applicazione del laccio emostatico di Esmark sull'arto.

Ho trovato ultimamente utile l'associazione dell'adrenalina alla cocaina. Non ho esperienza personale sulla scopulanina.

Non ho mai voluto usare la rachicocainizzazione, anche nei momenti del maggior favore. — Ho sempre pensato che il metodo non potesse offrire i vantaggi che sono affermati dai sostenitori, avendo potuto constatare che iniezioni di due centigrammi di cocaina, quali sono richieste per l'anestesia, hanno in qualche caso dato dei fenomeni di intossicazione, anche se praticate in località meno delicate dello spazio aracnoideo.

Della poca praticità del metodo potei poi convincermi *de visu*, presenziando alle operazioni del più fervente sostenitore, il Prof. Tuffier.

Come apparecchio per eteronarcosi do la preferenza

al sacco di gomma del Wanscher-Landau che è molto semplice e pratico, che limita lo spandimento dei vapori eterei nell'ambiente dove si opera, e permette di ottenere una anestesia molto più rapida e profonda, che non cogli altri apparecchi.

Premesso questo, entro senz'altro in argomento, avvertendo che nella classificazione ed esposizione degli atti operativi ho creduto di attenermi al metodo regionale, come il più pratico ed il più semplice e perciò ho fatto la divisione nei seguenti gruppi.

Operazioni eseguite sulla testa
» » *sul collo*
» » *sul torace*
» » *sull' addome*
» » *sugli arti*

OPERAZIONI ESEGUITE NELLA TESTA

Craniectomie per frattura della volta cranica (Padiglione Chirurgico Ponti)	N. 5
Craniotomia e cranioplastica per epilessia Jacsoniana (Sezione Meccanoterapica Ponti)	„ 1
Craniectomia per necrosi della teca cranica da osteite sifilitica (Sala Carcano)	„ 1
Trapanazione dell'apofisi mastoide per osteite da otite media (S. Giacomo)	„ 1
Resezione parziale dell'osso frontale per carie (S. Ignazio)	„ 1
Resezione del mascellare superiore (Padiglione Ponti)	„ 5
Resezione della mandibola, escissione parziale della guancia, del pavimento boccale e della loggia tonsillare, previa legatura della carotide esterna, per carcinoma (Padiglione Ponti)	„ 2
Resezione temporanea della mandibola, amputazione della lingua e larga escissione del pavimento boccale, previa legatura dell'arteria linguale, per carcinoma (Padiglione Ponti)	„ 1
Resezione del mascellare inferiore (S. Giacomo 1, S. Ignazio 1, Padiglione Ponti 9)	„ 11
Amputazione parziale di lingua per carcinoma (Padiglione Ponti 1, Pratica Privata 1)	„ 2
Enucleazione di ghiandole linfatiche alla regione preauricolare (S. Giacomo 1, Pratica Privata 1)	„ 2
Plastica del naso (metodo Francese) (Padiglione Ponti)	„ 1
Plastica del labbro superiore per labbro leporino (Carcano 2, Pratica Privata 1)	„ 3
Escissione di epiteliomi del labbro inferiore e plastica consecutiva (S. Giacomo 2, Padiglione Ponti 2)	„ 4
Tonsillectomie per ipertrofia tonsillare (Pad. Ponti 3, Prat. Priv. 2)	„ 5
Trapanazione dell'antro d'Higmoro (Padiglione Ponti)	„ 1
Escissione di angiomi del capo e della faccia, plastica consecutiva (Carcano)	„ 3
Enucleazione di cisti della testa e della faccia (Carcano 1, S. Giacomo 2, Padiglione Ponti 2, Sezione Meccanica 1)	„ 6
Escissione di verruca del solco naso labbiale (Sezione Mecc.)	„ 1
Estirpazione di lipoma alla regione temporale (Sezione Mecc.)	„ 1
TOTALE	N. 57

Craniectomia per frattura della volta cranica alla regione occipitale con infossamento dei frammenti. — Guarigione.

Cerri Santo, d'anni 12, muratore, di Groppello Cairoli, il 14 aprile 1902 veniva trasportato al Padiglione Ponti dell'Ospedale Maggiore. Il padre è morto di tubercolosi polmonare, la madre vivente e sana. Una sorella è pure morta di tubercolosi. Due fratelli ed una sorella viventi e sani. Non ha fatto malattie all'infuori di attacchi malarici leggeri sofferti dal 9° all'11° anno. Un'ora prima del suo ingresso all'ospedale, accidentalmente sul lavoro, fu colpito alla regione occipitale da un mattone precipitato dall'alto.

Stramazzò immediatamente a terra e fu colpito da coma. Sul posto e prima del trasporto nell'Ospedale si era provveduto ad una medicazione provvisoria. Ha avuto vomito, non perdita di urine e di feci.

Il Cerri è un individuo di costituzione scheletrica normale e di muscolatura bene sviluppata Stato della nutrizione generale buono.

Al momento della nostra visita, si presenta di aspetto pallido, rilasciato; le palpebre abbassate, le pupille rigide e dilatate. (la destra più della sinistra). Respiro lento e profondo. Polso piuttosto raro (60) vuoto, depressibile.

Abolizione della sensibilità e della mobilità volontaria.

Rimossa la medicazione si riscontra che i capelli sono intrisi di sangue, e che esiste una larga ferita in corrispondenza della regione occipitale. Praticata un'iniezione eccitante d'olio canforato, si passa alla *toilette* della parte lesa, radendo i capelli, lavando poscia e detergendo la parte con acqua e sapone, con alcool e sublimato.

Esaminando allora più diligentemente la ferita, si riscontra che è localizzata in corrispondenza della protuberanza occipitale esterna, che ha forma di un y irregolare, colle due branche aperte rivolte in basso, complessivamente lunga circa 6 centimetri. La località della lesione è depressa.

Allargando le labbra cutanee della ferita, si riscontra che essa si approfonda fino ad interessare il pericranio, e che nel suo contesto esistono dei frammenti di sostanza cerebrale spappolata.

Divaricandone sempre più i margini, è possibile riconoscere nel fondo un frammento irregolarmente tondeggiante, largo quanto uno scudo, infossato di almeno 12 millimetri all' interno della superficie cranica.

Tale frammento appare strettamente serrato dal bordo osseo della frattura, che essendo tagliato a sghembo in parecchi punti, sopravvanza il margine, in modo da impedire qualunque spostamento del disco infossato Il campo della ferita appare lurido, i tessuti macciullati.

Si crede opportuno un pronto intervento diretto a togliere la compressione del frammento approfondato, a ricomporre le parti lese, a portare la disinfezione nelle regioni profonde, a stabilire un buon drenaggio della ferita. Si fanno i preparativi necessarii.

Emostasi preventiva colla fascia d'Esmark, applicata intorno alla base del cranio, al di sopra del bordo orbitale superiore, della radice del padiglione delle orecchie, al di sotto della parte occipitale lesa. — Etero-narcosi leggera. — Si prolungano e si approfondano fin al periostio le tre branche della ferita e si scollano i lembi che ne risultano in modo da mettere nettamente a nudo tutto il focolaio di lesione ossea.

Si constata che il frammento depresso, nella parte inferiore, è ancora in rapporto di continuità col rimanente dell'osso, mentre nella parte superiore è completamente disgiunto e dislocato. Constatata l' impossibilità di sollevare il frammento depresso, senza ulteriori maneggi, si allarga il cercine osseo dell'occipitale nelle parti supero laterali per evitare l'eventuale apertura dei seni longitudinali e trasverso, che corrispondono agli assi coronarii e sagittale del frammento infossato, e facendo agire in modo combinato due leve al di sotto del frammento, si riesce a mobilizzarlo ed a sollevarlo fino alla posizione normale.

Si asporta la parte disgiunta e completamente isolata (circa $^2/_3$ della ciambella ossea depressa) e si scorge allora nella parte superiore della metà sinistra della breccia residuante una lesione della dura madre, a margini irregolari e frastagliati, lunga circa due centimetri, dalla quale esce sostanza cerebrale spappolata. Senza allargare tale breccia si può constatare, come la porzione posteriore del lobo occipitale sinistro (circonvoluzioni 2ª e 3ª occipitale, sia per un discretto tratto (una grossa nocciuola) contuso e spappolato. Al di sotto delle parti ossee inoltre si rinvengono coaguli sanguigni e molti capelli trascinatevi dal corpo contundente. Collo scalpello si regolarizzano i margini ossei, si rimettono in buona posizione le scheggie che aderiscono ancora alla dura madre, si asportano invece le scheggie isolate, i coaguli sanguigni e le parti macciullate, si lava abbondantemente con acqua sterile, si avvicinano e si fissano parzialmente in catgut i margini della ferita della dura madre, si addossano alle

parti ossee le parti molli e si suturano parzialmente, mettendo un zaffo di garza sterile fino nelle parti profonde.

L'ammalato sopporta molto bene l'atto operativo.

Due ore dopo l'intervento si cominciarono a notare dei movimenti volontari negli arti. L'ammalato andò pure uscendo dallo stato di completa incoscenza, cosicchè quattro ore dopo seppe rispondere a qualche domanda.

Nella giornata: vomito, non convulsioni. — Notte abbastanza quieta. Abbondante emissione di urina. La mattina dopo l'ammalato mostrava completa coscienza. Nulla egli ricorda dell'accaduto e del periodo immediatamente precedente.

Le funzioni vegetative si compiono bene. Le orine, che vengono emesse regolarmente, non presentano alterazione qualitativa o quantitativa degna di speciale nota.

La medicazione viene rinnovata in quarta giornata, constatando le condizioni buone delle parti e l'avviamento progressivo alla guarigione. La reazione pupillare si mostrò torpida fino alla quinta giornata, poi si fece pronta.

Sette giorni dopo il trauma l'ammalato comincia ad alzarsi e, dopo altri 13 giorni, guarito dalla lesione, rinfrancato nelle forze ed in condizioni psichiche discrete, lascia l'ospedale.

Sottoposto prima della partenza ad un accurato esame dei riflessi (cutanei, delle mucose, tendinei) e delle varie sensibilità, non si rilevarono fatti che meritano speciale menzione.

Lo stesso dicasi dei diversi sensi specifici. Pure il linguaggio e l'andatura non presentavano note speciali.

Rividi il Cerri nel marzo 1904. La breccia della testa completamente cicatrizzata, è ancora pulsante. Non esistono alterazioni dei sensi.

Le funzioni gastro intestinali ed uropoietiche si compiono bene. Non esistono fenomeni di alterazione motoria all'infuori di quelli dati dalla debolezza generale.

I parenti che me lo accompagnarono asseriscono di aver notato, che le condizioni psichiche si erano alterate in seguito del trauma.

Mentre il Cerri era sempre stato molto sveglio, aveva frequentato con profitto le classi elementari fino alla 3ª e già a 12 anni era giunto come manuale a guadagnare L. 1,60 al giorno; in seguito al trauma non avrebbe ancora potuto dedicarsi ad una occupazione stabile e proficua. Accusa senso di peso alla testa, dopo essersi occupato, facile stanchezza mentale; scarsa memoria; scrive male, sbaglia anche i conti facili.

Inoltre il carattere si sarebbe cambiato; egli sarebbe diventato disordinato, apatico, indifferente, disubbidiente, incapace a fare un lavoro serio e metodico. È triste e piange con facilità. Non è però impulsivo.

Talvolta è preso da vertigini, senza però che sia mai caduto a terra.

Talvolta ha cefalea, mai vomito.

La cicatrice dura, ma fibrosa, ricoperta da cuoio capelluto poco spostabile e con scarsi peli, è ancora pulsante.

Dolentissimo è il posto della cicatrice alla pressione anche leggera. Non si rilevano alterazioni di senso, di moto o d'indole trofica degne di nota.

Le pupille reagiscono normalmente; i riflessi rotulei sono un po' accentuati; non esistono fenomeni paretici, non v'è fenomeno di Romberg.

In un ulteriore esame, eseguito il 15 settembre 905, si ebbe a constatare un notevole miglioramento nelle condizioni del paziente. Ha avuto uno sviluppo somatico ragguardevole. È alto, robusto e proporzionato. Da otto mesi lavora come fabbro guadagnandosi due lire al giorno. Il lavoro modico non gli è causa di stanchezza speciale. Però quantunque robusto, egli non è capace di sforzi eccessivi, di lavori affrettati, che lo prostrano in modo notevole.

Non soffre cefalea. — È preso ancora qualche volta da vertigini, specie dopo essere stato esposto al sole qualche tempo.

Il senso dell'olfatto, della vista, del gusto e dell'udito sono normali. Non paralisi, nè paresi facciale. L'ammalato parla abbastanza chiaramente e correttamente, ma quando deve fare un discorso lungo, specialmente se è agitato, si confonde e qualche volta non sa trovare le parole che corrispondono al pensiero. Legge e scrive discretamente, meglio che alla visita fatta un anno prima.

La lingua è sporta diritta. Deglutizione normale. Funzioni gastro-intestinali regolari.

La nutrizione generale è buona. Forza degli arti normale e proporzionata. Vivacità dei riflessi rotulei ed achilei.

All'esame della parte lesa si nota un avvallamento cicatriziale in corrispondenza della protuberanza occipitale esterna del diametro di circa 3 centimetri, profonda 3 millimetri, a margini arrotondati e da essa dipartentesi le cicatrici lineari della ferita chirurgica.

La cute aderisce al tessuto sottostante, rappresentato da una membrana, rigida, nella parte mediana certamente non ossificata

Sulla parte cicatriziale è visibile la pulsazione cerebrale. Senso marcato di freddo nella stagione invernale sulla parte cicatriziale. — Al contrario di quanto affermano Perier e Guyon non e sensibile attraverso la cicatrice fibrosa il battito dell'orologio ad orecchi turati.

*
* *

Nel Cerri i disordini conseguenti alla lesione (depressione psichica, alterazione del carattere, apatia, vertigini, facile cefalea, vivacità dei riflessi) rispondono più ad una

perturbazione generica del cervello che ad una alterazione locale e fortunatamente sono andati gradatamente diminuendo fino a scomparire o rendersi trascurabili. Non esistono infatti fenomeni di deficit a focolaio, vale a dire nel caso speciale mancano alterazioni da parte della funzione visiva, sebbene la distruzione cerebrale sia localizzata in corrispondenza dei centri corticali della visione.

Non abbiamo avuto la insorgenza di attacchi epilettici (sono passati quasi tre anni e mezzo dal trauma) sebbene si sia avuta ablazione di una discreta porzione della teca cranica, lesione di tutte le meningi, distruzione parziale della corteccia cerebrale e guarigione fibrosa della parte traumatizzata.

Cranictomia per frattura della volta cranica alla regione temporo parietale. — Epilessia Jacksoniana consecutiva — Escisione della cicatrice — Cranioplastica alla König Muller. — Guarigione.

Carnelli Pasquale d'anni 38, contadino, di Cislago, il giorno 7 Gennaio 904, nell'atterrare un albero, veniva colpito alla regione laterale destra del capo e cadeva a terra tramortito. Ebbe perdita completa dei sensi ed in tale stato rimase per circa mezz'ora. Fu soccorso con tutta premura dal medico del sito, che riscontrò ferita lacero contusa alla parte colpita e penetrazione sotto i tegumenti di una scheggia di legno.

Disinfettata la ferita, estratto il corpo straniero, non riscontrandosi segni speciali allarmanti, non sangue del naso o delle orecchie, non fenomeni paralitici manifesti, l'ammalato venne trattenuto a domicilio. Però dopo quattro giorni di andamento buono e regolare, si ebbe l'insorgenza di febbre, di cefalea intensa, di fenomeni paralitici negli arti di sinistra ed il medico curante, giustamente allarmato, pensò di inviare d'urgenza all'Ospedale Maggiore l'ammalato.

Entra la mattina del 12-1-04 nel Padiglione Ponti

Il Carnelli è un uomo di costituzione robusta, che non ha compromissioni del gentilizio, che non ha sofferte malattie degne di nota. È ammogliato: ha sei figli, tutti sani. Risponde abbastanza bene alle domande. Conosce le persone. Sa dove si trova e perchè. — Temperatura 38, polso 80, respirazione 30. Alla regione parietale destra e precisamente in corrispondenza della parte mediana della scissura di Rolando, tracciata secondo il processo del Pr. Antona, si riscontra una ferita lacero contusa dei tegumenti, lunga circa due cm. a fondo lardaceo e gemente pus.

Intorno un alone rossastro, segni di incipiente flogosi.

Alla palpazione si percepisce al di sotto della piaga un senso di depressione, di irregolarità nella teca cranica per la grandezza di una moneta da dieci centesimi.

Cefalea. Fotofobia.

Dall'esame della vista risulta la presenza di nubecole corneali in ambo gli occhi da pregresse cheratiti traumatiche. Pupille rotonde, ma disuguali, (la destra più ampia) torpide nel movimento sotto lo stimolo luminoso. I muscoli innervati dal facciale di sinistra sono paretici, specialmente quelli nel dominio del facciale inferiore.

La lingua è deviata leggermente a sinistra. Paresi del velopendolo a sinistra.

Nessun sintomo di lesioni toraciche od addominali. Deglutizione, funzioni gastroenteriche, emissione delle urine normale.

Si riscontra paralisi flacida di tutto l'arto superiore sinistro con abolizione completa dei riflessi. L'arto inferiore corrispondente è pure in stato di paralisi; non vi si nota però alterazione dei riflessi, non fenomeno di Babinski. Sensibilità dappertutto integra.

Nelle urine non si riscontrano ne zucchero, ne albumina, ne elementi istologici renali.

Si pratica un'accurata disinfezione della parte, si tagliano i capelli, si rinnova la medicazione, si mantiene in osservazione l'ammalato che, stanco del viaggio di 25 chilometri fatto in un carro ambulanza, ha bisogno di riposo, rimandando l'eventuale provvedimento operativo nel pomeriggio.

Rivedo l'ammalato alle ore 16. Le sue condizioni si sono aggravate.

Polso a 100: respiro 35; temperatura 38. — Cefalea intensa.

Depressione psichica. Aspetto sofferente. Peggioramento nei fatti paralitici.

Si decide l'intervento immediato. Cloronarcosi. Laccio preventivo intorno alla testa, passante al disopra delle sopraciglie e delle orecchie, al disotto dell'occipite. — Si pratica nel territorio della zona di Rolando, e quindi anche della regione lesa, un'incisione a ferro di cavallo, interessante tutte le parti molli fino all'osso, la cui base in basso si trova circa 6 cm. al disopra del condotto uditivo esterno, mentre la curva superiore arriva a 3 cm. dalla linea sagittale e comprende la zona ossea depressa.

Il lembo che risulta è alto circa 6 cm. ha la base di circa quattro, mentre la parte più larga, che corrisponde all'estremità libera, ha la larghezza di 6 cm. Con scalpello e maglietto si pratica un'incisione ossea che corrisponde all'incisione cutanea, salvo nella parte superiore del lembo, dove esiste frattura comminuta delle parti ossee, e si ribatte poscia tale lembo osteoplastico alla Wagner in basso, dopo d'aver in parte tagliato collo scalpello, in parte fratturato la lamina del temporale in corrispondenza della base.

Si riscontrano parecchi frammenti ossei, specialmente della vitrea, isolati e depressi; uno di essi ha ferita la dura pel tratto di 2 ctm. ed è in parte approfondato nella massa cerebrale. Si riscontra inoltre la presenza di una piccola scheggia di legno e di capelli sotto la teca, e quella di un abbondante ematoma epidurale con scarso essudato fibrinoso purulento. — Un ramo posteriore della meningea media, che è messo allo scoperto, non dà sangue.

La dura madre è opaca, piuttosto tesa e leggermente protrudente dal foro craniotomico. È però pulsante in quasi tutta la regione scoperta. Non lo è solamente in vicinanza del punto di lesione della dura. Data l'insorgenza della febbre, e la ferita della dura, credo opportuno praticare nei punti più sospetti due punture esplorative nella massa cerebrale, che però riescono negative.

Disinfezione accurata delle parti con lavaggio abbondante d'acqua sterile. Asportazione di scheggie isolate, regolarizzazione delle punte ossee sporgenti, sutura in catgut del punto leso della dura. Ricomposizione delle parti. -- Zaffo di garza iodoformica.

Sutura parziale del lembo osteo-cutaneo.

Per l'asportazione che si dovette fare di frammenti ossei isolati, permane una mancanza della teca, larga poco più di una moneta da venti centesimi, che corrisponde alla zona motrice dell'arto superiore.

Ipodermoclisi (cm^3 400 di soluz. fisiologica). L'ammalato, tre ore dopo l'intervento, è completamente sveglio, dice di sentirsi meglio, e può già imprimere qualche movimento (specialmente per contrazione del bicipite) all'arto superiore sinistro, dapprima completamente paralizzato.

La cefalea è pure diminuita. Il giorno successivo la temperatura si abbassa ed al 3° giorno diventa normale. Il polso, dapprima frequente, va esso pure regolarizzandosi. La medicazione viene rinnovata dopo 5 giorni, riscontrandosi il migliore andamento locale. In 7ª giornata l'ammalato comincia ad alzarsi. Le condizioni paralitiche vanno sempre diminuendo. Nell'arto inferiore la potenza muscolare è diventata normale. Nell'arto superiore e nei muscoli innervati dal facciale è molto migliorata.

Sono possibili, ma in modo ancora incompleto, i movimenti attivi di flessione ed estensione del gomito, di flessione delle dita, di opposizione del pollice.

Otto giorni dopo la lesione si intrapprende la cura funzionale ed elettrica delle parti offese, e dopo 40 giorni dalla lesione l'ammalato lascia l'ospedale per ritornare al lavoro.

Le condizioni psichiche sono perfette. Non si ha nessuna alterazione degli organi dei sensi, eccettuata una leggera asimetria pupillare. La lingua devia ancora leggermente a sinistra. La funzionalità dei muscoli mimici è ancora deficente a sinistra, specie nel dominio del facciale inferiore.

Funzioni gastro enteriche ed uropoietiche normali. Possibili tutti i movimenti dell'arto superiore sinistro, ed in tutti i sensi, però ancora deboli. L'arto inferiore sinistro è in condizioni normali.

L'ammalato ha potuto riprendere il suo lavoro, sebbene permanesse sempre una leggera debolezza nell'arto superiore sinistro e stette bene fino al 6 dicembre 1904.

Fu in quel giorno, che, a quanto racconta, mentre stava lavorando, senza causa apprezzabile avrebbe avvertito un senso di formicolio e di rigidità alla mano sinistra, seguito ben tosto da movimenti involontari delle dita, della mano e poi di tutto l'arto superiore, da senso di stiramento della metà sinistra della faccia, da contrazioni nell'arto superiore di sinistra.

Dice che poi ebbe perdita della coscienza, senza però ch'egli avesse a provare prima nè vertigini, nè senso di strozzo alla gola.

Ebbe bava alla bocca, non morsi della lingua. L'accesso sarebbe durato 10 minuti e sarebbe stato susseguito da senso di stanchezza e da sonno profondo per circa un'ora. Non ebbe perdita nè di feci, nè di urine.

Altri accessi consimili si susseguirono al 23 aprile ed all'otto maggio, senza che mai le contrazioni si diffondessero agli arti di destra

Nulla giovando le cure mediche, il Carnelli venne a domandare ancora consiglio nella nostra sezione. Lo vedo il 12 maggio 1905. Alla regione temporo-parietale destra e più precisamente in corrispondenza del centro motore dell'arto superiore si nota rientramento cicatriziale per la larghezza di circa 3 cm. quadrati. Il cuoio capelluto è in questo punto sprovvisto di peli, aderentissimo alle parti sottostanti. La cicatrice è avallata, dura, ma fibrosa come si può constatare alla prova radiografica. Non esiste pulsazione cerebrale. È dolente alla pressione. Non senso di freddo in corrispondenza della cicatrice a capo scoperto.

Tutto il resto della testa è però completamente indolente alla pressione ed alla percussione.

Dall'esame dell'organo visivo risulta che oltre alle nubecole corneali già notate, le pupille sono torpide alla reazione e la destra è ancora leggermente più ampia della sinistra.

Acutezza visiva o D = $^1/_3$, o S = $^1/_4$ (causato dalle nubecole corneali).

Visione dei colori = normale.

Campo visivo = normale.

Esame endo oftalmoscopico = normale.

Leggera paresi sul campo del facciale di sinistra.

Nulla di anormale alle pupille.

La lingua sporta devia verso sinistra. Paresi del pterigoideo esterno di sinistra. Paresi del velopendolo a sinistra.

Lievissima differenza nella forza dei due arti superiori (più debole il sinistro), però nessuna turba speciale del movimento e nessuna alterazione dei riflessi. Nulla di anormale al tronco ed agli arti inferiori.

Data l'insorgenza dei fenomeni epilettici, in seguito al trauma, il loro modo d'evoluzione, la presenza di una cicatrice infossata, formatasi per seconda intenzione in corrispondenza della zona motrice dell'arto superiore sinistro, punto d'inizio dell'attacco, si fece diagnosi di epilessia Jacsoniana a tipo brachiale, da irritazione cicatriziale diretta, della zona motrice dell'arto superiore sinistro, e si propose, come cura, di togliere il focolaio d'irritazione, facendo presente all'ammalato che, per rendere più sicuro il successo, era necessario intraprendere l'operazione al più presto possibile. — È noto come l'intervento operatorio possa rimanere anche senza effetto o con effetto soltanto temporaneo, ma gli insuccessi non devono trattenere dal battere questa strada razionale, indicata da altri casi nei quali il successo fu favorevole.

Ma il Carnelli per il momento si rifiutò, pur restando sotto alla nostra osservazione ed alle prescrizioni mediche nostre.

Malgrado le cure, si constatò ripetizione degli insulti epilettici, per sei volte in meno di due mesi, sempre preannunciati da una sensazione speciale di formicolio localizzato alla mano sinistra, che si diffonde all'avambraccio, al braccio cui seguivano contrazioni e scosse di tutto l'arto superiore sinistro. Tali accessi convulsivi non sempre si diffondono ai muscoli della faccia ed a quelli dell'arto inferiore. Anche la perdita della coscienza non segue ogni volta l'accesso convulsivo. Gli attacchi si manifestano con contrazioni cloniche, non precedute da una fase tonica. La durata complessiva dell'attacco varia da 2 a 10 minuti. Cessate le convulsioni seguiva un periodo di paralisi temporanea, transitoria, e nell'ammalato una sensazione molesta, come di stanchezza.

Il senso di stanchezza e di intontimento, che susseguiva all'accesso epilettico, secondo le informazioni dell'ammalato, variava nell'intensità e nella durata col variare dell'estensione dell'accesso.

In un ulteriore esame generale praticato ai primi di luglio si notava poi un aumento della paresi del facciale e dell'arto superiore sinistro; mentre anche nell'arto inferiore dello stesso lato si avevano già segni manifesti di paresi.

I riflessi rotulei ed achillei sono diminuiti a sinistra.

Davanti a questo peggioramento nelle condizioni generali, si insistette ancora di più per l'intervento, al quale finalmente il Carnelli decidesi di sottoporsi.

Intervento il 14 luglio 1905.

Narcosi mista con etere e cloroformio. Laccio elastico preventivo. Si circoscrive con una incisione profonda fino all'osso, in avanti e lateralmente, tutta la zona cicatriziale, formando un lembo a base posteriore, largo circa 4 cm., lungo cinque e lo si disseca fino a ridosso della massa cerebrale, che si lascia però coperta da un velamento fibroso, rappresentato dalla dura madre.

Liberato totalmente e ribattuto all'indietro questo lembo, si con-

stata la mancanza di qualunque sporgenza, di qualunque neoformazione osteofitica da parte della teca cranica.

L'esplorazione colla sonda ci dimostra inoltre che non esistono aderenze anormali fra la dura e la teca cranica perifericamente alla porzione messa allo scoperto.

Si incide allora a croce la dura madre che ricopre ancora il cervello e si riconosce ch'essa ha assunto in alcuni punti valide aderanze colle tenui meningi e la corteccia cerebrale, e che fra i sepimenti cicatriziali esistono delle piccole cisti contenenti liquido limpido, molto simile a quello cefalo rachidiano. La sostanza corticale sembra normale e non si nota aumento della pressione endocranica. Cisti e briglie vengono distrutte attaccando per necessità in qualche punto anche la sostanza corticale.

Liberati i lembi durali da ogni aderenza sottostante si riabbassano sulla massa cerebrale senza stirarli, e si riuniscono con punti in catgut i margini che però per il mancato stiramento rimangono fra loro divaricati.

Nell'intento poi di sostituire i tessuti alterati e cicatriziali, che coprivano la zona corticale scoperta, con tessuti normali, e di chiudere nello stesso tempo la scontinuità cranica, pensai di staccare un lembo osteo-plastico alla Konig, Müller dalle parti vicine e portarlo sulla superficie cruentata. A tale scopo appena all'interno ed all'avanti di essa preparo un lembo uguale per dimensione e forma a quello già scolpito, con peduncolo anteriore, interessante tutte le parti molli ed una lamina superficiale dell'osso sufficentemente larga per coprire tutta la parte mancante di tegumento osseo.

Questo lembo viene adagiato sulla dura appena ricomposta, mentre il lembo cicatriziale viene portato a coprire la parte frontale che è rimasta scoperta.

Sutura nodosa dei lembi. Medicazione.

L'ammalato sopporta bene l'operazione e due ore dopo è sveglio e cosciente.

Nello stesso giorno però fu preso tre volte da contrazioni involontarie dell'arto superiore sinistro, che iniziatesi nelle dita, si diffondono all'avambraccio ed al braccio. Tali accessi convulsivi ebbero la durata da 2 a 6 minuti, senza però che mai fossero accompagnati da perdita della coscenza.

Un attacco simile si ebbe dopo 2 giorni ed un altro dopo 4.

Anche la forza dell'arto superiore sinistro si mostrava notevolmente indebolita dopo l'intervento.

I lembi attechirono bene. La guarigione della ferita si ebbe per prima.

Nessun attacco convulsivo dopo il quarto giorno.

Il lembo osteoplastico stabilisce un riparo osseo continuo su tutta la breccia operata.

L'ammalato viene sottoposto a cure fisiche appropriate per le alterazioni funzionali dell'arto superiore e della faccia.

Sedici giorni dopo l'intervento però egli vuole lasciare l'ospedale per ritornare a domicilio.

All'ultimo esame si nota: Nessuna alterazione della testa e degli organi dei sensi. La paresi del facciale è diminuita. La lingua devia ancora leggermente verso sinistra. Il pterigoideo di sinistra è ancora più debole del destro. Funzioni vegetative normali. Notevole paresi dell'arto superiore di sinistra, specie della mano. I movimenti dell'arto possono compiersi in tutte le direzioni ed in tutta l'estensione, eccettuati i moti fini delle dita. La forza negli arti inferiori è uguale d'ambo i lati. La sensibilità è dapertutto integra. Il riflesso rotuleo è appena accennato a destra, leggermente più vivace a sinistra. Il riflesso plantare è normale a destra, appena accennato a sinistra.

Rivedo l'ammalato due mesi dopo l'intervento. Si trova in ottimo stato. Riferisce che, appena lasciato l'ospedale, (16 giorni dopo l'intervento) ha cominciato subito a lavorare. Attende alle solite occupazioni colla migliore energia. Non ha mai avuto, nè ha cefalea, nemmeno dopo lunga esposizione alla luce solare.

Non avrebbe più avuto accessi di epilessia parziale, non solo sotto la nota forma convulsiva in regioni più o meno limitate, ma anche sotto la forma attenuata sensitiva. I fatti paretici del facciale inferiore sono scomparsi interamente, non del tutto quelli del facciale superiore. Leggera deviazione della lingua a sinistra. Leggera insufficenza dello pterigoideo esterno. Velo pendolo normale. Potenzialità degli arti pressochè normale. Riflessi normali.

La guarigione locale è perfetta. Il lembo osteoplastico copre regolarmente la breccia operativa come è dimostrato anche dalla prova radiografica.

Per quanto il giudizio sia ancora prematuro, possiamo dire che per ora il risultato non poteva essere più perfetto.

Craniectomia per frattura complicata della volta cranica, in corrispondenza del vertice con paralisi spastica degli arti inferiori da compressione cerebrale, per depressione dei frammenti e lesione del seno longitudinale superiore. — Guarigione.

Alfrandi Alfredo, d'anni 15, muratore di Milano, viene trasportato al Padiglione Ponti il 14 aprile 1905. Due giorni prima era stato colpito da una trave al vertice del capo e da allora presentava paralisi spastica degli arti inferiori, assieme a fenomeni di commozione cerebrale.

Si nota ferita lacero contusa dei tegumenti al vertice del capo, depressione di una larga porzione cranica nella regione parietale

(il palmo d'una mano d'adulto). Intervento il 15. Trapanazione laterale allo scopo di poter sollevare la porzione depressa. — Emorragia copiosa del seno longitudinale superiore. — Craniectomia in corrispondenza del punto emorragico per una zona larga quanto una moneta di 5 centesimi. - Si constata che la lesione vasale è data da una scheggia puntuta. — Sutura del seno. — Sollevamento della parte ossea depressa. — Regolarizzazione delle parti. — Lavatura con soluzione fisiologica. — Sutura superficiale. — Medicazione. — Guarigione per prima. — La funzionalità degli arti torna rapidamente, tanto che 10 giorni dopo l' intervento l'ammalato può stare in piedi.

Abbandona la Sezione il 3 giugno.

Permane depressione psichica, indebolimento dell' olfatto, del gusto, dell'udito, indebolimento degli arti inferiori, ipoestesia tattile, dolorifica e termica a tutta la metà sinistra del corpo. — Qualche volta ha vertigini.

Due mesi dopo, quando lo rivedo, le sue condizioni sono di molto migliorate e quasi normali. Lavora guadagnandosi due lire al giorno e ad attestare i gravi effetti primitivi del trauma pregresso non si nota che il leggero indebolimento già accennato dei sensi, una lievissima debolezza degli arti inferiori, e l'alterazione della sensibilità, già notata.

Craniectomia per ampia frattura complicata della volta cranica nella regione laterale sinistra con paralisi dell' arto superiore destro, da compressione per emorragia della meningea media. — Guarigione.

Cusi Annibale, d'anni 16, viene trasportato al Padiglione Ponti il 26 maggio 1904. Cadendo da un fienile, aveva riporta una ferita lacero contusa dei tegumenti, a lembo, interessante quasi tutta la regione laterale sinistra, della lunghezza di 30 centimetri, a convessità superiore, frattura del frontale, parietale, temporale ed occipitale

Fenomeni di compressione cerebrale, paralisi dell'arto superiore destro.

Intervento il 27. — Craniectomia in corrispondenza della zona Rolandica sinistra. - Svuotamento di un discreto ematoma. - Chiusura d'un ramo sanguinante della meningea media. - Lavanda con soluzione fisiologica. — Ricomposizioni delle parti. — Zaffo. — Sutura parziale.

Guarigione anatomica e funzionale ottima. — La breccia di trapanazione, larga un cm. e mezzo, lunga 6 cm. si è quasi totalmente riparata con neoformazione ossea.

I risultati brillanti ottenuti in questi interventi dimostrano, come ho avuto occasione di affermare in un altro mio lavoro, i vantaggi che la craniectomia preventiva può dare nella cura delle lesioni craniche.

Il caso del Carnelli dimostra ancora che la craniotomia, giustamente applicata, può riuscire un sussidio terapeutico efficace nella cura della epilessia Jacksoniana.

Più diffuse considerazioni su questi casi sono fatte nel lavoro citato.

Diastasi della sutura sagittale, frattura del frontale, dell'etmoide e dello sfenoide fino alla fessura sfenoidale — Lesione del seno longitudinale, del lobo frontale di destra — Compressione cerebrale — Craniectomia — Sutura del seno — Morte per colasso otto ore dopo l'intervento.

Sesana Camillo, d'anni 29, palafreniere di Milano, mentre montava un cavallo irrequieto era stato balzato dalla sella ed aveva battuto la testa contro un paracarro.

L'operazione, indicata dall'aumentare dei fenomeni di compressione cerebrale, fu eseguita circa 10 ore dopo il trauma.

La lesione del seno, localizzata circa due centimetri in avanti del punto d'incontro della linea biauricolare, ha dato luogo oltre che ad ematoma extra durale, ad ematoma diffuso sottodurale ed extracranico (sotto la galea aponeurotica) per essere lacerata ampiamente la dura, e per la lesione cranica e periostea.

Distruzione ragguardevole delle prime due circonvoluzioni frontali. — Chiusura del seno mediante due lacci a monte ed a valle della lesione. — Ricomposizione delle parti. — Medicazione. — Morte per colasso otto ore dopo l'intervento.

All'autopsia oltre alle lesioni descritte e ad ematoma dello spazio aracnoideo diffuso a tutta la periferia cerebrale, si riscontrano focolai emorragici multipli della sostanza di grossezza varia, dalle proporzioni più minuscole a quelle di un fagiuolo. Note di alcoolismo cronico e cioè: Arterio sclerosi centrale e periferica. — Cuore grasso. — Insufficienza aortica. — Fegato a noce moscata.

Fatti questi che aggiungendosi al trauma grave hanno causato l'esito letale per colasso.

Craniectomia per necrosi parziale della teca cranica da osteite sifilitica.

Si trattava di un bambino di 2 anni, certo Palazzi Guglielmo, ricoverato in sala Carcano nel 1895.

Presentava due zone ossee mortificate, una alla regione parietale destra, una alla regione occipitale, della dimensione di una moneta da 5 centesimi, che vennero asportate collo scalpello, previa incisione crociata dei tegumenti (26 gennaio 1895). Zaffamento, medicazione a piatto.

Non potei rivedere più tardi l'ammalato per la constatazione delle condizioni postume, perchè moriva qualche mese dopo l'intervento per scarlattina.

Trapanazione dell'apofisi mastoide per osteoperiostite da otite media.

Manzoni Vicenzo operato in Sala S. Giacomo il 6 febbraio 1897. Guarigione in 40 giorni.

Resezione parziale dell'osso frontale per carie.

Brambilla Carlo, d'anni 49, operato in Sala S. Ignazio il 22 maggio 1899.

Venne asportata tutta la porzione sopra orbitale destra dell'osso, curando di non aprire il seno frontale e di rispettare la lamina interna, che era integra. — Medicazione a piatto. — Guarigione in 40 giorni.

Cinque resezioni del mascellare superiore, 3 per carie dell'osso e due per epulide. La resezione fu sempre parziale ed eseguita con metodo endorale. Nei tre casi di osteomielite, Crippa Filippo d'anni 32 di Barzanò, Tagliafreddo Carlo, d'anni 10, di Cisliano e Marcai Umberto, d'anni 28, di Milano la resezione venne estesa a circa la metà del mascellare, zaffando poi la cavità con garza iodoformica fino a guarigione.

In un caso di epulide, grossa quanto una nocciola, (Rosolino Gino, d'anni 7) la resezione dell'osso fu limitata al solo bordo alveolare. — In un altro caso invece la resezione dovette essere più estesa. — Si trattava di un individuo di 25 anni, certo Corti Ambrogio, ricoverato al Padiglione Ponti. La forma si era iniziata due anni prima ed aveva necessitata l'estirpazione di due denti (premolari superiori di destra). Formatosi un tumore in corrispondenza degli alveoli dentali vuotati, venne asportato, ma si riprodusse ed assunse le proporzioni di una grossa noce a base larga. Ulcerazione superficiale di un centimetro quadrato. Consistenza del tumore, molle, carnea. Ingrossamento diffuso anche del bordo alveolare nella vicinanza immediata del tumore. Non infiltrazione glandolare.

Intervento il 17 Luglio 1904. Tamponamento della fossa nasale destra ed incisione dello strato mucoperiosteo

intorno al tumore. Sua estirpazione, e resezione di una larga porzione del mascellare. Zaffo iodoformico. Guarigione in 20 giorni.

L'indagine microscopica stabilì trattarsi di un tumore sarcomatoso a cellule giganti, probabilmente di origine periostea.

*
* *

Come è noto una delle caratteristiche dei tumori gengivali conosciuti sotto il nome di epulidi (denominazione che dinota soltanto la sede del tumore) è la facilità della riproduzione. Si conoscono dei casi in cui il tumore fu demolito otto volte per riproduzioni occorse. Ciò dipende sopratutto dal fatto che molti si limitano nell'intervento ad escidere il tumore colle forbici e col bisturi, lasciando integre le parti ossee vicine.

Garanzia maggiore di una cura definitiva si avrà coll'asportare assieme al tumore anche il periostio contiguo e gli strati superficiali dell'osso, e, in caso di un tumore sviluppatosi rapidamente e che si presenti con base piuttosto larga, si dovrà ricorrere ad una demolizione più larga delle parti ossee vicine, come io stesso ho fatto nel Corti, pel dubbio che si trattasse di un sarcoma della faccia anteriore del mascellare; dubbio confermato poi dalla ricerca microscopica.

Resezione della mandibola, escisione parziale della guancia, del pilastro anteriore sinistro del palato, previa legatura della carotide esterna, per carcinoma — Guarigione.

Giudici Gerolamo, d'anni 53, facchino, cg. di Milano. Entra al Padiglione Ponti il 6 Aprile 1905.

Nulla nel gentilizio. — Nessuna malattia pregressa degna di nota. — Fumatore e masticatore di tabacco. — La forma attuale, secondo quanto riferisce l'ammalato datarebbe da tre mesi. — Cominciò con un bitorzolo duro nella parte centrale della faccia mucosa della guancia sinistra. — Il piccolo tumore andò sempre allargandosi ed inglobando le parti vicine fino alle proporzioni attuali.

Da un mese e mezzo la tumefazione s'è fatta manifesta anche all'esterno, si aggiunse dolore vivo locale, e si notò ulcerazione della mucosa. — Fu sempre apiretico. — Individuo di costituzione sana e

robusta. — Sensi specifici integri. Nulla di notevole all'esame del torace e dell'addome. — Urine normali.

All' esame locale si nota una tumefazione, poco prominente, larga come uno scudo, sulla faccia esterna della guancia sinistra appena all' indietro ed all'esterno della rima boccale.

La cute che ricopre tale tumescenza è arrossata, lucida, tesa. — Alla faccia interna (endoboccale) della guancia si nota una ulcerazione, corrispondente press' a poco alla tumefazione esterna per ubicazione e dimensione, a forma irregolare, grigio-rossastra e sanguinante, a bordi duri, che in basso arriva fino alla gengiva dentale. — Alla palpazione si nota indurimento notevole della guancia, che, dalla porzione alterata, si spinge all'indietro fino al pilastro anteriore, in basso fino al margine mandibolare. — Sulla guancia, tanto la pelle all'esterno che la mucosa alla faccia interna, fanno corpo col tumore. — Alla regione sottomascellare sinistra si nota la presenza di ghiandole ingrossate, dure, spostabili. — Sulla mandibola sinistra i denti sono in parte mancanti, in parte tentennanti.

Alito fetente e dell'odore caratteristico dell' icore carcinomatoso.

Movimenti della mandibola quasi aboliti. — Dolori vivissimi spontanei della parte ammalata.

Si fa diagnosi di carcinoma della guancia, della mandibola e del pilastro anteriore del palato, diagnosi confermata poi dall'esame microscopico.

Fatte presenti all' ammalato le sue vere condizioni ed anche la gravità dell' intervento, egli si decide all'operazione che viene eseguita il giorno 10 aprile 1905.

Previa eteronarcosi e fissazione di un ansa di seta sull'estremità della lingua, incisione classica per la legatura della carotide esterna sinistra nel posto di elezione. — La si scopre e la si distingue dalla carotide interna per le sue diramazioni. — Laccio fra la tiroidea superiore e la linguale. — Congiungendo allora il taglio fatto per la legatura con uno praticato lungo il bordo superiore della mandibola, si scolla un lembo angolare a base antero inferiore, che permette lo svuotamento dei gangli infiltrati dalla loggia sottomascellare.

Mettendo allora l'ammalato in posizione seduta, con un incisione che parte dalla rima labbiale, che circonda tutta la porzione della guancia infiltrata dal neoplasma e che si continua coll' incisione orizzontale già fatta, si escide la guancia nella porzione occupata dal neoplasma.

Sezione della mandibola colla sega del Gilli in corrispondenza del dente canino sinistro.

Era mia intenzione di fare la resezione temporanea della mandibola secondo Langenbeck, ma avendo constatato che essa pure era invasa dalla neoformazione, reputai necessario renderla definitiva disarticolando la porzione di sinistra all'articolazione temporo mascellare.

Si escide il pilastro anteriore sinistro del palato. Il dotto di Stenone non viene interessato nell'intervento.

L'ampia breccia viene chiusa con un'operazione plastica per scivolamento, inalzando a raggiungere il margine cruento superiore un lembo cutaneo preso dal collo, approfittando della parte già mobilizzata nella legatura della carotide e nell'estirpazione dei gangli sottomascellari. — Ricomposizione della mucosa affrontando quella del pavimento boccale al margine cruento superiore della ferita, con sutura in catgut. — Sutura cutanea in seta. — Drenaggio. — Medicazione e lavande boccali giornaliere. — Decorso aperitico.

La guarigione dell'ampia breccia si fa in parte per prima intenzione, in parte per granulazione (specialmente nella superficie mucosa, dove ha ceduto qualche punto).

Rividi l'ammalato il 15 settembre. — Le condizioni generali sono ottime. — La funzionabilità mandibolare discreta. — Nessun cenno a riproduzione. — Permane solo un piccolo seno fistoloso gemente scarso liquido siero purulento nell'angolo posteriore della cicatrice esterna.

Resezione di quasi metà della mandibola, escissione parziale della guancia, del pavimento boccale, della tonsilla sinistra, vuotamento della loggia sottomascellare corrispondente, previa legatura della carotide esterna, per carcinoma.

Villa Alessandro, d'anni 54, contadino, di Barzanò. — Entra nel Padiglione Ponti il 20 aprile 1905.

Nulla di notevole nel gentilizio. — Fu affetto per 7 mesi, all'età di 40 anni, da febbri contratte in America, dove fu per ragioni di lavoro. Nessun'altra malattia pregressa.

La presente forma chirurgica, localizzata alla regione della guancia sinistra e nella bocca, data, secondo quello che riferisce il paziente, da cinque mesi.

Incominciò alla faccia interna della guancia con un piccolo tumore che andò poco a poco allargandosi ed inglobando le parti vicine fino alle proporzioni attuali. - Negli ultimi tempi il malato è deperito e soffre di dolori lancinanti nella parte ammalata. — Fu sempre apiretico. — Individuo di costituzione generale scadente. — Sensi specifici integri. — Nulla di notevole all'esame del torace e dell'addome. — All'esame locale si nota una vasta tumefazione poco rilevata, estesa all'esterno a quasi tutta la guancia sinistra, all'interno interessante la mucosa geniana, gengivale ed estendentesi all'indietro fino ad invadere il pilastro anteriore del palato.

Mancano i denti della metà sinistra della mandibola eccettuato l'ultimo molare, e l'infiltrazione neoplastica ha invaso anche la mandibola ed in parte il pavimento della bocca. — Ulceraziono larga

quanto una moneta da 10 centesimi alla superficie geniana interna in corrispondenza dell'angolo mandibolare, gemente icore sanioso. — Alito fetente e dell'odore carcinomatoso caratteristico. — Alla palpazione si nota indurimento diffuso dei due terzi inferiori della guancia, indurimento che ha conglobata la mandibola, e l'ha sorpassata, invadendo parzialmente il pavimento boccale, in tutta vicinanza del bordo alveolare. Anche il pilastro anteriore sinistro del palato è infiltrato; la tonsilla sembra normale.

Alla regione sottomascellare si palpano ghiandole dure ed ingrossate. Una è grossa come una nocciuola.

I movimenti della mandibola sono quasi totalmente aboliti ed il paziente è costretto a cibarsi di liquidi.

Si fa diagnosi di carcinoma della guancia sinistra, della mandibola del pavimento boccale, del pilastro anteriore sinistro, del palato; e la diagnosi viene confermata all'esame microscopico.

Anche in questo caso vengono fatte presenti all'ammalato le sue vere condizioni e la gravità dell'intervento. — Decisa l'operazione venne eseguita il giorno 24 aprile.

Etero narcosi. - Applicazione di filo di seta alla lingua mediante trasfissione.

Scopertura della carotide esterna nel posto classico e sua legatura nella continuità, fra tiroidea superiore e linguale. — Come nell'altro caso, si pratica un'incisione parallela al margine mandibolare, due centimetri al disotto del confine inferiore del neoplasma, che, iniziantesi a livello della commessura labbiale sinistra, viene a raggiungere l'estremità superiore del taglio praticato per la legatura della carotide esterna. Ribattendo in basso il lembo angolare formato, si riesce a vuotare la loggia sottomascellare dei gangli linfatici infiltrati e ad esportare la ghiandola salivale sottomascellare, pure invasa parzialmente dal neoplasma.

Vengono enucleate anche alcune ghiandole carotidee infiltrate.

Come nell'altro caso si mette poscia l'ammalato in posizione seduta e, con una incisione che parte dalla rima labbiale, si circonda tutta la porzione della guancia infiltrata dal neoplasma, raggiungendo all'avanti e all'indietro gli estremi dell'incisione orizzontale già eseguita, e si escide la guancia nella porzione occupata dal neoplasma. — Isolata poi la porzione sinistra della mandibola, la si incide colla sega del Gilli in corrispondenza del dente canino e la si estirpa. — Il tumore ha invaso anche la branca verticale. — Le alterazioni neoplastiche ossee sono tanto profonde che la mandibola si rompe in corrispondenza degli alveoli dei molari nei maneggi di disarticolazione.

Si escide la parte infiltrata del pavimento boccale, il pilastro anteriore, e siccome pare che alcuni zaffi neoplastici si estendono sulla tonsilla, si escide quasi totalmente anche questa ghiandola, avendo l'avvertenza di non avvicinare direttamente la carotide interna.

Il dotto di Stenone rimane integro.

Si chiude l'ampia breccia con una operazione plastica, suturando in catgut la mucosa del pavimento boccale, con quella del margine cruento superiore, si affrontano i margini cutanei facendo scivolare verso l'alto un lembo cutaneo del collo. — Drenaggio alla Mikulicz. — L'ammalato, che ha sopportato abbastanza bene l'atto operativo, viene medicato giornalmente. — Decorso apiretico. — Guarigione lenta. — Passato in Sala S. Ignazio, per ragioni di regolamento, un mese dopo l'intervento, esce (da quanto risulta dai registri) in condizioni buone dopo altri 15 giorni.

Non ho potuto assumere informazioni più recenti.

In questi due casi la legatura della carotide esterna, che venne eseguita in poco più di 5 minuti, ha permesso di poter compiere una demolizione vastissima sopra una parte eccezionalmente ricca di vasi sanguigni, quasi completamente al coperto dell'emorragia.

La resezione permanente della mandibola, che fu necessaria per la propagazione del neoplasma all'osso, ha reso poi più facile la plastica successiva della bocca.

Resezione temporanea della mandibola, amputazione parziale della lingua e larga escissione del pavimento boccale, previa legatura dell'arteria linguale, per carcinoma.

Grassi Leopoldo, d'anni 61, facchino, di Milano, entra al Padiglione Ponti il 13 maggio 1904.

È fumatore modico, masticatore impenitente di tabacco.

Nulla di notevole nel gentilizio ed all'esame anamnestico remoto. — Tre mesi prima di chiedere ricovero all'ospedale si era accorto di un piccolo tumore che occupava il margine esterno sinistro della lingua. Credendo fosse causato dai denti, ricorse all'opera di uno specialista che gliene asportò tre. Inutile dire che, malgrado tale rimedio, il male andò aggravandosi, tanto da obbligarlo a ricorrere all'ospedale.

L'ammalato accusa dolori vivissimi, che dalla regione del tumore si irradiano verso l'orecchio.

Si nota al margine inferiore sinistro della lingua e nel pavimento boccale adiacente una tumefazione poco rilevata, ulcerata nella parte mediana, estendentesi da un centimetro indietro del frenulo fino allo zoccolo linguale. — Nella parte mediana del tumore, esiste una ulcerazione a margini irregolari e rilevati, a fondo grigiastro, gemente pus icoroso.

Alito fetentissimo.

Alla palpazione si riscontra che il tumore ha consistenza fibrosa, invade la lingua, fin quasi alla sua parte mediana, e tutta la porzione del pavimento boccale compresa fra il margine linguale sinistro e quello gengivale.

Non si palpano ghiandole linfatiche ingrossate.

Si fa diagnosi di carcinoma del pavimento boccale e della lingua, diagnosi comprovata dall'esame microscopico.

Fatti presenti i pericoli dell'operazione all'ammalato, egli l'accetta, anzi la invoca, come liberazione del male che lo tormenta.

Intervento il 28 maggio 1904.

Etero narcosi. - Si passa attraverso alla parte mediana, anteriore della lingua un ansa di seta, per esserne padroni durante l'intervento.

Paziente seduto. Incisione che dall'angolo boccale sinistro scende fino all'angolo superiore esterno della tiroide, senza interessare pel momento la mucosa boccale onde evitare che il sangue si versi nella bocca.

Attraverso la parte inferiore della ferita si lega l'arteria linguale sinistra nel triangolo di Hüter e si estirpano alcune ghiandole della loggia sotto mascellare, infiltrate e grosse come un pisello, che non erano percepibili all'esame clinico.

Colla sega del Gilli si seziona la mandibola in corrispondenza della linea d'incisione delle parti molli, avendo però l'avvertenza di preparare prima colla trefina i fori per la sutura consecutiva e compiendo la sezione ossea con taglio obliquo dall'indietro all'avanti e dall'alto in basso per un migliore affrontamento successivo delle parti. — Taglio della mucosa boccale e divaricazione dei lembi colle porzioni disgiunte della mandibola. — Escissione attraverso all'ampia breccia di quasi tutta la metà sinistra della lingua e della parte del pavimento boccale invasa dal tumore. — Ricomposizione delle parti — Sutura in catgut della mucosa boccale, della mandibola, in seta della cute.

Ipodermoclisi.

L'ammalato che ha sopportato benissimo l'atto operativo, trasportato nel suo letto, si sveglia e dice di sentirsi bene.

Sventuratamente dopo che noi abbiamo abbandonato il Padiglione è preso da colasso e, malgrado tutte le cure prodigategli, muore.

L'autopsia non venne concessa.

Tanto in questo caso come nei due precedenti la legatura vasale nella continuità, fatta prima dell' intervento, aveva reso minima l' emorragia, mentre l' incisione praticata per tale legatura ci ha permesso di asportare delle ghiandole infiltrate dal neoplasma ed in quest'ultimo caso anche di scoprirle, perchè, come abbiamo visto, la loro presenza non era stata segnalata dall'esame clinico.

Una domanda che possiamo farci è se vale la pena di assoggettare i poveri infermi a questi interventi operativi, di una gravità eccezionale, colla possibilità di una recidiva più o meno lontana.

Nei casi miei i dolori vivissimi, le ulcerazioni neoplastiche estese della bocca, il serramento della mandibola e sopratutto il desiderio degli ammalati di tentare ogni mezzo per liberarsi dei disturbi gravi che li affliggevano, e la possibilità di un'estirpazione completa, rendevano doveroso l'intervento.

11 casi di resezione del mascellare inferiore per carie.

Resezione di $^2/_3$ del mascellare inferiore per osteomielite.

Rivolta Enrico, d'anni 53, messo comunale di Cinisello, entra al Padiglione Ponti il 27 dicembre 1904.

Da circa un mese suppurazione abbondante dalla bocca, infiltrazione infiammatoria alla metà destra della regione mandibolare ed alla parte anteriore sinistra

Nulla giovando l'estrazione di denti, le incisioni extra ed endo orali, la resezione parziale del bordo alveolare, a rendere minore la suppurazione, l'ammalato venne sottoposto alla estirpazione sottoperiostea della parte alterata della mandibola attraverso ad una incisione praticata lungo il suo bordo inferiore. Siccome il processo di osteomielite si estendeva sulla branca montante di destra della mandibola e su tutta la branca orizzontale fino al dente canino di sinistra, la demolizione dovette estendersi fino a questo punto.

Si ebbe l'avvertenza di fissare la lingua con un'ansa di seta alla medicazione esterna durante un paio di giorni, per non incorrere nel pericolo che la lingua stessa, per il distacco dei muscoli genioglossi dalle loro inserzioni mandibolari, cadesse all'indietro verso la faringe, determinando pericolo di soffocazione. — Guarigione rapida in una ventina di giorni.

Ho potuto rivedere l'ammalato tre mesi dopo l'intervento. Al posto della porzione mandibolare estirpata si è formato un cordone osteofibroso, duro, continuantesi colla porzione rimasta. — La masticazione può compiersi ancora abbastanza bene.

Resezione di metà della mandibola per osteomielite.

Consonni Giuseppe, d'anni 22, entra in Sala S. Giacomo il 22 ottobre 1896. Processo d'osteomielite della mandibola e suppurazione abbondantissima. Siccome il processo ha invaso tutta la metà destra

dell'osso fino al capo articolare, essa viene disarticolata previa sezione nella parte mediana.

L'ammalato lascia l'ospedale guarito 17 giorni dopo la resezione.

Lo rividi 5 anni dopo. Al posto della parte estirpata si è formato un cordone duro, in parte fibroso, in parte osseo, (resezione sotto periostea) in connessione colla porzione rimasta.

Funzionalità buona.

Negli altri casi non si rese necessaria una demolizione così larga e la resezione non fu mai estesa a tutto lo spessore dell'osso, per cui non si venne mai a stabilire disgiunzione nella continuità della mandibola.

In tre casi (Maschini Antonio d'anni 7, Sala S. Ignazio, Riva Giuseppe d'anni 8, Colombo Giuliano d'anni 8, Pad. Ponti) l'operazione fu eseguita con metodo endorale, negli altri sei (Rivolta Enrico d'anni 52, Bianchi Leonardo di anni 30, Mursanida Giovanni d'anni 64, Colombo Giuseppe d'anni 23, Pretoli Giovanni d'anni 49, Gatti Giovanni di anni 22, Raimondi Giuseppe d'anni 7, (Padiglione Ponti), con metodo extraboccale, mediante incisione delle parti molli lungo il margine inferiore della mandibola, incisione usufruibile poi per il drenaggio della parte.

In un caso operato alla fine d'agosto 1905 e, dimesso il 24 Settembre quasi completamente guarito, (Raimondi Giuseppe) esisteva necrosi di quasi tutta la metà destra della mandibola, ch'era circondata da una spessa cassa da morto.

Con un'incisione lungo il bordo inferiore della mandibola dalla linea mediana fino a due dita sopra l'angolo mandibolare, arrivai sull'osso di neoformazione, lo aprii largamente in senso longitudinale e tolsi la ragguardevole porzione ossea mortificata, senza ledere la continuità della cassa. Così non si ebbe deformità veruna consecutiva.

Nei due casi di disarticolazione laterale della mandibola, coll'avvertenza di rispettare il periostio, si ebbe neoformazione osteofibrosa nel posto della parte estirpata, continuantesi colla porzione rimasta in posto della mandibola, per cui, sebbene l'arco mandibolare si fosse ristretto, la funzionabilità si ristabilì in modo sufficientemente buono.

Trattandosi di resezioni mandibolari per forme infiammatorie, io non ho potuto in questi casi ricorrere all'applicazione di una protesi immediata come hanno fatto in casi di resezione per tumori Martin, Partsch, Sauer ed altri.

Due amputazioni parziali della lingua. — Garavaglia Alessandro, d'anni 68, verniciatore da Milano. Ulcera carcinomatosa localizzata alla metà anteriore sinistra della lingua, datante da due mesi. Non infiltrazione delle ghiandole linfatiche sottomascellari.

Larga amputazione cuneiforme della lingua (Pad. Ponti 28 giugno 1905). Sutura profonda a scopo emostatico.

N. N., d'anni 40, pure operato di amputazione cuneiforme della lingua col Dr. Acerbi nel 1897, per carcinoma localizzato nella metà anteriore sinistra della lingua.

Enucleazione di ghiandole linfatiche della regione preauricolare. — Due casi (Furla Alfonso d'anni 14, in Sala S. Giacomo, N. N., Casa di Salute Parapini, coll'assistenza dei Dr. Mandelli e Guzzi).

Plastica del naso per postumi di morsicatura, con asportazione della pinna nasale di sinistra. Signorini Antonio, d'anni 32, di Abbiategrasso.

La plastica venne eseguita cruentando dapprima, regolarizzando i margini della soluzione di continuo e preparando poi nella vicinanza immediata del posto d'impianto un lembo quadrilatero, a base esterna sulla guancia, che venne stirato a coprire la parte cruenta ed a congiungersi sul dorso del naso colla pelle dell'altra pinna integra. — Risultato ottimo.

Tre plastiche del labbro superiore per labbro leporino eseguiti col processo di Giraldes. — Borghi Angelo di 15 mesi, De Amici Franco di 21 mesi in Sala Carcano, N. N. alla casa di Salute Parapini coll'assistenza del Dr. Biraghi. Guarigione.

Quattro escissioni d'epiteliomi del labbro inferiore, tre delle quali seguite da plastica. In due casi (Brunati Angelo d'anni 35 e Cereda Angelo d'anni 39, ricoverati nel Padi-

glione Ponti, venne usato il metodo di Malgaigne, in uno, Rimoldi Carlo, d'anni 74, pure ricoverato al Padiglione Ponti, quello di Trelat, nel 4° finalmente, Monza Carlo, d'anni 43, Sala S. Giacomo, si fece l'escisione semplice cuneiforme. Guarigione.

Cinque tonsillectomie per ipertrofia tonsillare eseguite tre coll'apparecchio di Fahnestock (Figini Pietro d'anni 14, tonsillectomia destra e Vismara Gregorio, d'anni 18, tonsillectomia doppia, Padiglione Ponti) e due con bisturì, forbice e pinza (Moro Gino, d'anni 6, tonsillectomia doppia, eseguita coll'assistenza dei Dri. Mandelli e Guzzi). Guarigione.

Una trapanazione per empiema dell'antro d'Higmoro attraverso l'alveolo del secondo molare, nell'ammalato Pirando Natale, d'anni 26, degente al Padiglione Ponti, (gennaio 1905) con esito buono.

Tre escissioni di angiomi del capo e della faccia e plastica consecutiva negli ammalati Cattaneo Natale d'anni 5, Teurio Enrico e Fossati Vittorino d'anni 5 (Sala Carcano).

In questi casi ed in due altri operati al collo; alle iniezioni coagulanti di percloruro di ferro, di acido fenico ecc. che sono pericolose, all'ignipuntura, all'elettrolisi, che lasciano cicatrici deturpanti, preferii ricorrere all'escisione del tumore, all'affrontamento ed alla sutura dai lembi divaricati. — Operando rapidamente ed esercitando a seconda del momento delle pressioni e delle trazioni forti sulle parti, la perdita del sangue risulta minima.

E con questo sistema ottenni delle guarigioni rapide e buone, delle cicatrici lineari e quasi invisibili. — L'ignipuntura, l'elettrolisi, ecc., potranno tornare utili nei casi in cui l'estenzione dell'angioma non permette una ablazione completa del tumore in una sola volta e l'affrontamento successivo dei margini cutanei cruentati.

Enucleazione di cisti voluminose della testa e della faccia. — In sei casi si trattava di cisti sebacee. In uno di questi (Orlandini Giovanni d'anni 51, fattore di Locate -

Padiglione Ponti 1905) si dovettero enucleare 7 cisti voluminose della testa (da una noce ad un uovo di gallina). -- Nel 7° caso (Alvari Carlo d'anni 7, - Sala Carcano) di una cisti dermoide della testa, riconoscibile come tale per la presenza di peli nel contenuto cistico.

Escisione di una verruca del solco naso labbiale alla Sezione Meccanoterapica — (Parmiggiani Elena d'anni 26).

Estirpazione di lipoma alla regione temporale destra. (Quattri Ambrogio d'anni 41 - Sezione Meccanoterapica).

OPERAZIONI ESEGUITE NEL COLLO

Strumectomie (Padiglione Ponti 3, Pratica Privata 1)	N. 4
Estirpazione di linfo sarcomi della regione laterale del collo (Padiglione Ponti)	„ 2
Broncotomie per stenosi tracheale (Ufficio di guardia 4, Pad. Ponti 1)	„ 5
Laringectomia per carcinoma della laringe (Pad. Ponti)	„ 1
Enucleazione di ghiandole tubercolari (S. Ignazio 1, S. Giacomo 2, Pad. Ponti 27)	„ 30
Estirpazione di tumori cistici (S. Giacomo 1, Pad. Ponti 2) . . .	„ 3
Escisione di angiomi (Carcano 1, Pratica Privata 1)	„ 2
Operazione per fistola mediana congenita del collo (Pad. Ponti) . .	„ 1
Estrazione di proiettile dal collo (Sez. Meccanoterapica)	„ 1
Miotomia dello sterno c. mastoideo per torcicollo (Sez. Meccanoterapica)	„ 1
Operazioni per tiroiditi suppurate (Pad. Ponti)	„ 2
Legature della carotide esterna (Padiglione Ponti)	„ 2
Legatura dell' arteria linguale (Pad. Ponti)	„ 1
TOTALE	N. 55

Eseguii *quattro strumectomie.*

In un caso, operato alla casa di Salute di Via Quadronno, coll'aiuto degli egregi Colleghi Dr. Bussola, Dr. Zanuso e Dr. Mandelli, il 12 ottobre 1902, si trattava di una signorina di 16 anni, affetta da quattro anni da cisto-adenoma della tiroide, sviluppatosi a spese del lobo destro e dell'ismo. Il tumore aveva raggiunto le dimenzioni di un uovo d'oca e dava all'ammalata disturbi di respirazione.

Feci la resezione del lobo destro e dell'ismo della tiroide, con taglio mediano alla Bottini. — Guarigione in 10 giorni.

In un altro (Rizzi Angelo, d'anni 46, operato il 6 agosto 1901 al Padiglione Ponti) si trattava di un individuo già ricoverato all'ospedale per tiroidite suppurata. — Vidi l'ammalato poco dopo la guarigioue del processo flogistico.

Si trattava di gozzo policistico, datante dall'infanzia, e che negli ultimi tempi si era ingrossato rapidamente, dando disturbi di respirazione. Il tumore era irregolare, bernoccoluto, grosso come un arancio. — Si notava una cisti voluminosa nella parte mediana, altre più piccole al lobo sinistro.

La resezione della tiroide (lobo sinistro ed ismo) riuscì oltremodo laboriosa per aderenze fitte, date dalla forma flogistica pregressa. — Sutura parziale. — Zaffo. — Guarigione in 27 giorni.

Nel 3° ammalato (Santagostino Giuseppe, d'anni 19, contadino di Motta Visconti) feci il 17 dicembre 1903 la resezione di tutto il lobo destro della tiroide per un cisto-adenoma grosso come un uovo di gallina. — Guarigione in 11 giorni.

Il 4° ammalato (Gilardi Angelo, d'anni 16, tessitore, di Greco Milanese), ricoverato al Padiglione Ponti, il 20 luglio 1904 ed operato due giorni dopo, era da 5 anni affetto da gozzo che aveva raggiunto il volume di un grosso arancio e che era causa di disturbi respiratorii. Il tumore (cisto-adenoma) interessava tutta la tiroide, così che, per non asportare in toto la ghiandola, feci l'enucleazione alla Porta-Socin di una grossa cisti e di altre due piccole, sviluppatesi nel lobo destro, e resecai il lobo sinistro e l'ismo, dove la degenerazione neoplastica era più estesa — Guarigione in 9 giorni.

*
* *

La mia casistica sulla chirurgia del gozzo, qui brevemente riassunta, mi pare si presti alle seguenti considerazioni:

Mi sono tenuto anzitutto, per quanto si rifesce al metodo operativo, a quello classico, mediano, ideato dal Prof. Bottini e di cui potei apprezzare la bontà durante la mia permanenza nella sua clinica. E' un metodo che si ispira al detto Ippocratico: *in medio inciditur tumor*, e che permette anzitutto di risparmiare le grosse vene del collo, che decorrono di fianco alla linea mediana, longitudinalmente: inoltre essa cade lungo la così detta linea alba, dove affluiscono le aponeurosi cervicali.

Questo metodo permette di arrivare sulla tiroide colla minima perdita di sangue e di mettere largamente allo scoperto la ghiandola, permettendo di rivolgersi sull'una o sull'altra parte della stessa, a seconda delle alterazioni più o meno gravi, constatate direttamente *de visu*.

Il taglio mediano, se seguito da una sutura immediata, provvede altresì molto bene alla cosmesi; onde, a meno di condizioni speciali, mi sembra consigliabile in ogni caso.

I casi da me operati non furono mai seguiti da cicatrici retratte od aderenti.

Per quanto si riferisce all'estirpazione del tumore, mi attenni sempre a concetti rigorosamente conservatori, cercando di lasciare tanto più ghiandola, quanto era possibile,

ed evitando di fare allacciature in massa, specialmente nelle vicinanze dell'arteria tiroidea inferiore, per evitare lesioni dei nervi ricorrenti, che, come si sa, sono sempre accompagnate da alterazioni della voce.

Ho potuto applicare il metodo Porta-Socin soltanto una volta, in un caso in cui la tiroide era degenerata in toto nel suo lobo sinistro, ma presentava anche tre cisti, di cui una voluminosa (grossa quasi come un uovo di gallina) le altre più piccole. — Il metodo, ideato dal celebre chirurgo dell'Ateneo Ticinese, mi fu specialmente utile, giacchè valse a preservare il paziente dalla cachessia strumipriva, che, si può ritenere, sarebbe insorta pressochè fatalmente, se mi fossi indotto ad estirpare del tutto anche il lobo destro, pure sede di degenerazione cistica. — Tale estirpazione non fu seguita da emorragia, nè le cavità cistiche più si riformarono: non vi fu bisogno neppure di affrontare le pareti della loggia con punti di sutura. — Per il primo inconveniente, citato da qualche autore, mi pare si possa sempre evitarlo se, seguendo i precetti del Bottini, si comincia l'isolamento della cisti solo quando si è precisamente sulla buccia fibrosa e non nello spessore del parenchima ghiandolare in vicinanza della stessa.

In tal modo si evitano i vasi che attraversano la ghiandola e si cade invece nella zona di connettivo lasso, poco vascolarizzato, che separa la ghiandola dai focolai cistici. Fatta la esportazione di queste cisti, il coalito fra le pareti della loggia avviene rapidamente: nel caso da me operato ottenni la guarigione completa in 9 giorni.

Operai *due casi di linfo sarcoma della regione laterale del collo.*

Castellazzi Pietro, d'anni 53, contadino, di Albiate Guazzone, entra nel Padiglione Ponti il 4 aprile 1905. — Nessun dato anamnestico importante riguardo la forma che lo affligge. — Individuo robusto e sano.

Presenta alla regione laterale destra del collo un tumore che, a detta del paziente, si sarebbe sviluppato poco a poco, in non più di due mesi, e che da un paio di settimane sarebbe sede di dolori vivi, irradiantesi alle regioni vicine del collo, del capo e delle spalle.

Tale tumore è del volume di un uovo d'oca, bernoccoluto, a base larga, col massimo diametro verticale, più grosso nella parte inferiore che nella superiore ed occupa tutta la regione carotidea, spingendosi col margine superiore verso le regioni mastoidea e parotidea, coll' inferiore verso la succlavia.

La cute è tesa, meno spostabile che dal lato opposto, ma ancora sollevabile in pieghe. Il calore locale non è aumentato. Lo sterno cleido mastoideo si disegna sulla parte anteriore del tumore, i vasi carotidei si sentono pulsare sotto la parte anteriore del tumore. Questo è di consistenza fibrosa, e discretamente spostabile sui tessuti sottostanti, meno se si invita l'ammalato a contrarre il muscolo sterno cleido mastoideo.

Nessuna alterazione della cavità orale e della faringe. — Si nota che la pleiada ganglionare della regione sopra claveare destra si presenta alterata per la presenza di ghiandole dure, grosse da un fagiuolo ad una nocciuola.

Diagnosi: — Linfo sarcoma delle ghiandole linfatiche carotidee.

Intervento l' 8 aprile 1905.

Incisione di 20 ctm., lungo il margine posteriore dello sterno cleido mastoideo. — Il tumore ha assunto aderenze intime colla guaina del muscolo. — Questo viene sezionato nella parte mediana e le rispettive metà vengono ribattute in alto ed in basso, mentre molte fibre muscolari, aderenti alla massa neoplastica, vengono sacrificate. Messo bene allo scoperto il campo operativo, isolata la faccia esterna e le laterali del tumore, scoperti e messi in condizioni di essere afferrati i grossi vasi nella parte bassa della regione, la giugulare interna nella parte alta, si passa all' isolamento della faccia interna del tumore, attaccando un po' da una parte un po' dall'altra, disseccando pazientemente la sua capsula dalla vena giugulare interna alla quale aderisce per il tratto di circa 12 ctm Prolungando il taglio in basso nella regione sopraclaveare, si estirpa una dozzina di ghiandole ingrossate ed alterate. L'operazione, ardua quanto mai, dura circa un' ora e mezzo.

Procedendo ordinatamente e curando l'emostasi non si ha notevole perdita di sangue.

Ricomposizione delle parti. — Sutura. — Andamento post operativo ottimo. — L' ammalato lascia l' ospedale 8 giorni dopo l'operazione, guarito.

Lurati Fausto, d'anni 61, di Affori, entra al Padiglione Ponti il 13 Giugno 1905.

Nulla di notevole nel gentilizio. — Individuo robusto e sano.

Presenta alla regione laterale sinistra del collo un tumore che, a detto del paziente, si sarebbe sviluppato poco a poco in circa due mesi e che da poco tempo sarebbe sede di dolori, irradiantisi alla regione temporale ed alla nuca. Tale tumore è del volume di un uovo di gallina, bernoccoluto, a base larga, col massimo diametro

verticale, ed occupa la parte alta della regione laterale sinistra del collo e precisamente la parte posteriore della regione parotidea e la parte alta della carotidea, spingendosi fino alla regione mastoidea ed al di sotto del muscolo sterno cleido mastoideo, in vicinanza della sua inserzione postero-superiore. — Il calore locale non è aumentato. — La cute è tesa, poco spostabile. — Il tumore, di consistenza fibrosa, è pochissimo spostabile sulle parti sottostanti. I grossi vasi pulsano in corrispondenza della sua parte anteriore.

Si riconosce che la pleiade ganglionare laterale sinistra, al di sotto del tumore è alterata. Si palpano ghiandole linfatiche numerose, della grossezza di un fagiuolo e qualcuna di una nocciuola, che formano un cordone dal margine inferiore del tumore alla regione sopraclaveare. — Nessun alterazione della cavità orale e della faringe.

Diagnosi: — Linfosarcoma delle ghiandole del collo.

Intervento il 20 Giugno. — Incisione verticale lunga 20 ctm., da tre ctm. in sopra del margine superiore del tumore, venendo in basso lungo la sua parte mediana, fino alle ghiandole infiltrate. — Estirpazione laboriosissima.

Liberata la faccia anteriore e parte delle laterali del tumore, messi a nudo per ogni evenienza i grossi vasi, si passa a disimpegnare la parte più interna del tumore, che si approfonda al di sotto dei grossi vasi, verso il forame giugulare e la parete faringea.

Si usa la massima cautela nelle vicinanze della vena giugulare interna, che al tumore si addossa colla sua faccia postero interna, e si mette allo scoperto un buon tratto del nervo pneumogastrico ed il suo ganglio plessiforme. — Estirpazione dei gangli linfatici infiltrati al di sotto del tumore. — Drenaggio. — Sutura.

L'ammalato esce dall'ospedale 8 giorni dopo l'intervento, completamente guarito.

Tanto in un caso, come nell'altro, l'indagine microscopica ha confermato la diagnosi. — Alterazioni neoplastiche furono pure notate nelle piccole ghiandole estirpate.

Gli ammalati hanno lasciato il Padiglione Ponti guariti completamente dopo 8 giorni: ma fino a quando durerà la guarigione?

Il sarcoma primitivo delle ghiandole linfatiche è un tumore maligno, a sviluppo rapido, che tende ad invadere ed a fissare con aderenze i tessuti vicini, compresi i vasi, le pareti dei quali (specialmente della vena) in progresso di tempo possono essere attaccate dalla forma neoplastica.

La pelle stessa vi aderisce presto, si ulcera, ed allora incomincia per l'ammalato un periodo di esistenza infelice

per la decomposizione e la conseguente icorizzazione delle masse neoplastiche nella parte ulcerata, esistenza infelice che non di rado si chiude improvvisamente per emorragia da erosione vasale.

A differenza di quanto ho osservato nei miei casi, gli autori (Jordan) dicono che le ghiandole linfatiche della regione e quelle più lontane spesso restano illese; invece si avrebbero metastasi negli organi interni.

Come unico mezzo di cura in queste forme, può valere l'estirpazione praticata molto precocemente, perchè, dopo un breve periodo, l'estirpazione completa torna impossibile. E tale metodo terapeutico, io mi sono dato appunto premura di applicare al più presto possibile nei miei ammalati.

Eseguii *quattro broncotomie*, durante l'anno 1901, nell'Ufficio di Guardia, all'Ospedale Maggiore.

Tre cricotracheotomie in individui affetti da stenosi laringea difterica (Ciocca Piero di mesi 14, Bellasi Giuseppe di mesi 14, Stefanoni Pietro, d'anni 3) e portati all'Ospedale Maggiore in preda a fenomeni asfittici. Tutti e tre, passato il pericolo imminente d'asfissia, vennero ricoverati nell'Ospedale delle malattie infettive a Dergano, per la cura consecutiva.

Nel momento attuale la intubazione della laringe è venuta, ben a ragione, a contendere il campo ed a sostituire la tracheotomia negli accessi asfittici, che possono complicare le forme difteriche. Ed io stesso ricorrerei al presente con tutta preferenza alla intubazione. — Dobbiamo però notare che nel 1901, quando io prestavo servizio nell'Ufficio di guardia, la intubazione non era ancora entrata tanto nella pratica comune come ora; che inoltre, siccome per praticarla si esigono degli strumenti speciali, una certa preparazione, ed una *sorveglianza medica rigorosa e permanente* successiva, essa non può essere, anche attualmente applicata da tutti i chirurghi ed in ogni posto, e quindi la tracheotomia può avere ancora in condizioni speciali le sue indicazioni.

Una tracheotomia bassa per epitelioma laringeo in certo Bellati Giuseppe d'anni 40.

Questo ammalato fu trasportato nell'ufficio d'astanteria dell'Ospedale con gravi fenomeni dispnoici. — La forma neoplastica era già generalizzata alle ghiandole linfatiche del collo ed era quindi impossibile qualunque tentativo di cura radicale. — Feci la tracheotomia bassa, sia per soddisfare alla indicazione d'urgenza, sia per dare all'ammalato miglior garanzia, nel senso che, estendendosi il neoplasma, difficilmente avrebbe potuto invadere e stenosare la trachea al disotto dell'apertura.

In questo ammalato infatti dopo la tracheotomia si ebbe un periodo di benessere, e la morte avvenne successivamente per cachessia, non per le terribili sofferenze di una soffocazione lenta progressiva.

Eseguii al Padiglione Ponti nel 1905 una *tracheotomia e successiva laringectomia totale per carcinoma laringeo.*

B. I., d'anni 63, commerciante di Milano viene inviato d'urgenza all'Ospedale, il 22 aprile 1905, da uno Specialista di malattie della gola per fenomeni asfittici, dovuti a stenosi tracheale da carcinoma laringeo; e d'urgenza, date le condizioni dell'ammalato, viene fatta la tracheotomia, la quale, per un discreto ingrossamento dell'ismo della tiroide, che copre la parte bassa della trachea fino al giugulo, viene praticata sui primi anelli tracheali.

L'ammalato comincia subito a respirare e sta bene.

Si può allora fare un po' di storia e si apprende che il B. non ha fatto malattie degne di nota, prima dell'attuale, che è afono da 3 mesi e che da due settimane ha anche disturbi di respirazione più o meno gravi, a seconda del momento. — Due ore prima dell'ingresso nell'ospedale era stato preso da un accesso vero di soffocazione. — È individuo di costituzione sana e robusta senza alterazione degli organi interni. Note di arterio sclerosi.

Praticato un esame laringoscopico due giorni dopo la tracheotomia, si riscontra un'infiltrazione, con tutta verosimiglianza di natura epiteliare, specialmente nella metà sinistra della laringe, che ne invade e ne ostruisce quasi completamente il lume. — Nessuna alterazione della laringe all'esame esterno. — Nessuna infiltrazione ghiandolare.

L'ammalato. malgrado non presenti dati anamnestici che possano far pensare ad una forma celtica, viene sottoposto ad una cura iodica e mercuriale, per escludere totalmente un dubbio giustificato. — Ma la cura non sorte nessun effetto utile all'ammalato, che nel frattempo

ha lasciato l'ospedale. Vi ritorna il 16 Maggio 1905, perchè davanti all'aumentare dei fenomeni morbosi, ha deciso di sottoporsi all'atto operativo.

Esamino l'ammalato col concorso dei distinti specialisti delle Malattie della Gola della nostra città Dri. Labus e Melzi.

Ambedue hanno visto l'ammalato all'inizio del male e possono constatare il cammino fatto dalla neoformazione laringea. — Si constata che è accentuata la caratteristica neoplasia di natura apparentemente epiteliare, specialmente alla metà sinistra della laringe. — Vi è inoltre motivo a credere che il processo si sia diffuso a destra, per un certo grado di edema della regione aritenoidea di destra.

Il lume laringeo risulta completamente occluso. — Anche l'esplorazione esterna da a divedere un leggero ingrossamento della laringe, una diminuzione, se non scomparsa, delle salienze caratteristiche di questo organo a sinistra.

Dato il complesso sintomatico, gli egregi Specialisti si trovano d'accordo nel far diagnosi di carcinoma, senza ricorrere all'esame microscopico di un pezzo di neoplasma esportabile dalla via orale, anche perchè a tale esportazione si rifiuta recisamente l'ammalato.

Riscontrate ancora una volta le condizioni generali buone del paziente, la nessuna alterazione delle urine, si decide l'intervento che viene eseguito il 29 maggio 1905.

Narcosi cloroformica coll'apparecchio Trendelenburg, nel quale però la cannula speciale viene sostituita da una cannula comune, grossa, circondata da garza. — Ammalato nella posizione di Rose-Maas. — Incisione parallela all'osso ioide appena al di sotto di questo, lunga 6 centimetri ed incisione longitudinale nella linea mediana che circonda lateralmente il foro di tracheotomia e si ricongiunge appena al di sotto di questo, nella linea mediana, per arrivare in vicinanza del giugulo.

S'isola la laringe nella linea mediana e lateralmente, staccandone le inserzioni dei muscoli sterno tiroidei e tiro ioidei prima da un lato, poi dall'altro, facendo man mano l'emostasi sui piccoli vasi che si sono lesi; si isola pure la porzione della trachea sulla quale si è praticata la tracheotomia e, siccome l'ismo della tiroide manifestamente ingrossato copre le parti vicine e disturba i maneggi di isolamento, viene sezionato nella linea mediana. Emostasi accurata. — Restano così isolate le pareti arteriori e laterali della laringe e la parte alta della trachea. — Nessun gemizio di sangue. — Estrazione della cannula. — L'ammalato respira bene dalla fistola, che rimane pervia.

Liberazione della parete posteriore della cricoide e della prima porzione della trachea, curando di non ledere la parete esofagea.

Due anse laterali di seta fissano la trachea appena sotto al punto di sezione, e, passata una sonda fra la trachea e l'esofago, si incide

di un sol colpo la trachea in corrispondenza del 3° anello e, sollevandola rapidamente colle anse applicate, si cura che non entri sangue nel suo lume, e portatala verso l'estremo inferiore della incisione, la si fissa con cinque punti periferici di sutura nodosa in seta alla pelle ed ai tessuti sottostanti, e vi si immette poscia una cannula circondata da garza iodoformica.

La cloronarcosi viene continuata per mezzo di questa cannula. — Si solleva allora la laringe, afferrandola con una pinza da presa alla sua parte periferica, e si isola la sua faccia posteriore dalla faccia anteriore dell'esofago.

Si tagliano poi colle forbici le grandi corna della tiroide e la membrana tiroidea, si incide al davanti dell'epiglottide il legamento glossoepiglottico e quanto resta delle connessioni laringo-faringee; e la laringe resta completamente liberata, assieme all'epiglottide.

L'ampia breccia residuante viene ridotta mediante sutura in catgut, ristabilendo quasi totalmente la continuità fra la bocca e l'esofago. Si immette nello stomaco una sonda esofagea, facendola sortire dalla parte superiore della ferita. — Zaffamento e sutura parziale della cute. — L'ammalato viene rimesso a letto in buone condizioni.

Il decorso fu buono e tutto lasciava sperare in un esito felice dell'operazione, quando in quinta giornata l'ammalato fu preso da febbre e da tosse insistente, sostenuta da fatti polmonari. — In sesta giornata, mentre l'ammalato sembrava più sollevato, fu preso improvvisamente, sotto i conati della tosse, da broncorragia, alla quale soccombeva.

L'autopsia non venne concessa.

L'esame della laringe ci dimostrò come essa fosse totalmente invasa in corrispondenza delle corde vocali da neoformazione epiteliare, a sinistra molto più estesa che a destra. Tale neoformazione occludeva totalmente il lume laringeo. — Non esistevano diffusioni del tumore all'esterno della laringe, nè trapianti manifesti.

All'esame microscopico si constatò trattarsi di adeno carcinoma.

Certo in questo caso sarebbe stato interessante la sezione anatomica per constatare precisamente la causa della morte.

Io non credo di doverla ascrivere ad una necrosi parziale della parete tracheale da parte della canula, perchè la canula metallica, ch'era stata applicata, era *molto corta*, leggera e veniva rimossa giornalmente per la pulizia, senza che mai si fosse notato il minimo inconveniente.

Con maggiore probabilità i fatti polmonari osservati negli ultimi giorni, i conati insistenti di tosse, possono essere stata la causa della rottura di un vaso ragguarde-

vole dei polmoni in un individuo di 63 anni, con arterio sclerosi pronunciata, se pure non è ammissibile che l'emorragia possa essere stata facilitata o causata da una eventuale metastasi polmonare del neoplasma, non riconoscibile all'esame clinico.

Comunque l'emorragia è venuta in questo caso malauguratamente a troncare un risultato operativo ottimo, un andamento post operativo buono.

Operai *30 casi di ghiandole infiltrate, tubercolari, del collo,* alcuni in condizione d'iperplasia ghiandolare, altri con caseificazione più o meno pronunciata e con processo di periadenite adesiva.

L'ubicazione fu:

18 volte alla regione carotidea (Vignetti Luigi, di anni 39 (Sala S. Giacomo), Benaglio Ernesto, di anni 17 (Sala S. Ignazio), Paglierino Giovanni, di anni 13, Gatti Antonio, d'anni 21, Carcano Alessandro, d'anni 35, Peroni Emilio, anni 8, Castellini Carlo, anni 15, Lattuada Pietro, anni 18, Salvini Carlo, anni 20, Nava Giovanni, anni 20, Agrati Enrico, anni 25, Barzaghi Antonio, anni 15, Pasquini Cesare, anni 40, Baù Luigi, anni 41, Mantica Enrico, anni 8, Seveso Serafino, anni 14, Pellegatta Carlo, anni 28, Bolgialli Felice, anni 31, (Pad. Ponti); due volte la localizzazione fu bilaterale;

5 volte si trattò d'infiltrazione delle ghiandole della loggia sottomascellare (Mammeri Giovanni, d'anni 19 (San Giacomo), Gerevaglia Giovanni, anni 20, Lazzaroni Leopoldo, anni 20, Rosa Pietro, anni 17, Fusi Antonio, anni 23 (Pad. Ponti);

in un caso delle ghiandole della regione sopraclaveare, Raimondi Amilcare, anni 7 (Padiglione Ponti);

in uno della regione del giugolo, Amato Ferdinando, anni 20;

in un caso (Mortara Alfredo, d'anni 24, di Milano, Pad. Ponti), della regione mastoidea, carotidea e sopraclaveare;

in tre (Borghi Ciro, d'anni 17, di Milano, Nava Giovanni, d'anni 17, di Milano, Detamanti Ferdinando, d'anni 35, di

Milano - Padiglione Ponti) della regione parotidea, carotidea e sopraclaveare destra.

La incisione cutanea, che in questo genere di operazioni faccio sempre molto ampia, ha variato nei miei casi non solo col variare della regione invasa, ma anche a seconda dell'estensione dell'infiltrazione nelle singole regioni.

Alla regione carotidea alcune volte si fece un taglio solo, lungo il decorso del muscolo sterno cleido mastoideo, in altri casi, dove l'infiltrazione ghiandolare era pronunciata tanto sul margine anteriore, come nel posteriore, del muscolo, stimai necessario per una estirpazione completa praticarne due, una anteriore, l'altra posteriore al muscolo stesso.

Alla regione sottomascellare si ricorse preferibilmente ad un taglio parallelo al margine inferiore della mandibola, leggermente convesso in basso, seguendo la curva del digastrico, press'a poco nell'ubicazione del taglio classico per la legatura della linguale nel triangolo di Hüter, ma di quello molto più lungo.

Alla regione sopraclaveare l'incisione venne eseguita in direzione parallela alla clavicola, due dita circa al di sopra di essa.

Queste incisioni di preferenza furono in qualche caso modificate a seconda delle indicazioni operative speciali, oppure vi vennero aggiunti tagli secondarii, dettati dalle necessità operative.

Alla regione carotidea, per i rapporti che i gangli linfatici prendono specialmente colla vena giugulare interna, si dovette preparare il fascio vascolo nervoso per buon tratto del suo decorso almeno otto volte ed alla regione sopraclaveare ci occorse due volte di denudare i vasi sottoclaveari.

Quattro volte dovetti tagliare trasversalmente lo sterno cleido mastoideo, in corrispondenza della parte mediana, usando la massima cura per rispettare il nervo spinale.

In alcuni casi l'enucleazione ghiandolare riuscì facile, in altri laboriosissima per le aderenze, qualche volta vera-

mente tenaci, date dalle pregresse infiammazioni periadenitiche.

Nell'estirpazione dei gangli caseificati ho sempre curato di non rompere la capsula che li avvolge, per impedire i danni che possono derivare dalla diffusione delle parti degenerate sulla superficie cruenta della ferita. — Devo però dichiarare che ciò mi riuscì molte volte impossibile, e che allora provvidi con un abbondante lavaggio della parte.

L'estirpazione fu però sempre completa e si curò in ogni caso di estirpare anche le più piccole ghiandole della regione interessata. Precauzione questa di assoluta necessità, dato che, quasi sempre, le ghiandole appena percettibili alla ricerca si trovano già in preda all'alterazione specifica.

Si estirparono nello stesso individuo fino a 60 ghiandole alterate, (Agrati Enrico, Padiglione Ponti, 1905) ed in parecchi altri casi operati nel corrente anno al Padiglione Ponti, il numero dei gangli estirpati superò la quarantina.

A seconda delle condizioni delle ghiandole, della presenza o meno di un processo suppurativo concomitante, nella ricomposizione delle parti la ferita venne suturata, oppura zaffata più o meno parzialmente.

*
* *

Il numero rilevante di questa casistica ed i risultati ottenuti, che furono sempre buoni, mi permettono di enunciare qualche conclusione sul valore della cura chirurgica della linfo adenite tubercolare.

È noto che la cura chirurgica di queste affezioni, molto in onore fino a qualche anno in addietro, ha perduto oggidì alquanto del suo valore, od almeno è molto discussa. — Fra i grandi vantaggi che le sono propri vi è quello di impedire la generalizzazione del processo, di impedire le suppurazioni lunghe, debilitanti e spesso deturpanti, di impedire le cicatrici viziose, aderenti.

Inconvenienti propri del metodo operatorio è che si tratta per lo più di interventi difficili, lunghi, laboriosi,

necessitanti spesso la preparazione delicata di fasci nerveo vascolari. — In quattro di queste adeniti laterocervicali fui obbligato a sezionare il muscolo sterno cleido mastoideo nella sua metà e preparare il fascio nerveo vascolare del collo. Tale sezione permette, rivoltando e disseccando in alto ed in basso i due monconi muscolari, di mettere largamente allo scoperto la regione carotidea meglio che non lo faccia il distacco della inserzione mastoidea del muscolo: quest'ultima incisione sembra meglio indicata, quando siano prevalentemente presi i gangli della regione alta del collo e non sia quindi necessario che mettere allo scoperto la parte superiore della regione latero cervicale. Se si pensa però che la cura chirurgica della linfo adenite tubercolare ha valore soltanto se è completa, si comprende il vantaggio che offre questo sistema del taglio mediano dello sterno cleido-mastoideo. In questo modo si risparmia anche il nervo spinale, le cui paralisi sono piuttosto inquietanti.

La incisione del muscolo, che nei miei casi ho avuto sempre cura di far seguire dalla sutura in catgut, non fu mai turbata da alcun cattivo risultato funzionale. — La formazione di una cicatrice fibrosa, mediana, permette il ripristino perfetto della funzione, meglio che non un'incisione in vicinanza dell' attacco tendineo superiore del muscolo.

A me non è mai occorso di dover resecare questo muscolo in totalità. Del resto la sua ablazione, secondo Helferich, non sarebbe accompagnata da disturbi funzionali importanti.

Mai una volta nelle mie operazioni mi occorse di causare la lesione di un grosso vaso del collo, oppure del nervo spinale, sebbene 5 volte questo cordone nervoso fosse circondato dalle ghiandole infiltrate nel tratto che corre fra la sua uscita dallo sterno cleido mastoideo e l'immissione nel cucullare. — E credo che in queste operazioni il chirurgo che abbia delle conoscenze anatomiche esatte e complete del collo, e che proceda colla dovuta calma e con metodo, ben difficilmente potrà incorrere in un accidente spiacevole, come la lesione d' un grosso vaso,

od il taglio d'un nervo, anche facendo le estirpazioni più ampie.

Se quindi a manifestazione iniziale possono essere ancora tentate le cure mediche solventi, i bagni marini, le iniezioni modificatrici, mi pare che a processo inoltrato tali cure od il raschiamento di una o più ghiandole caseificate, rappresentino delle misure assolutamente inadeguate, le quali non impediscono la recidiva, lasciano intatti gli altri focolai che secondariamente si preparano, danno luogo alla formazione delle cicatrici deformi.

In questi casi anzi parmi che una cura chirurgica estesa sia specialmente indicata, non potendosi più aspettare alcun effetto risolutivo delle cure medicamentose, ed è qui che la cura chirurgica, la rimozione di tutte le ghiandole infiltrate è per conto mio il miglior procedimento che si possa tentare.

Estirpazione di tre tumori cistici del collo. — In due casi si trattava di cisti ateromasiche voluminose: Bossi Giuseppe di anni 18 (Sala S. Giacomo) e Dossena Luigi d'anni 14 (Padiglione Ponti). Nel terzo si trattava di un ammalato molto più interessante del quale espongo brevemente la storia clinica.

Magni Virgilio d'anni 9, scolaro, di Milano, entra al Pad. Ponti il giorno 11 giugno 1905.

Il bambino ed i parenti sanno riferire molto incertamente circa il modo con cui è insorta l'affezione che ci interessa. — Pare che nulla il bambino abbia portato dalla nascita. — Il principio della malattia viene riferito ad una caduta di un anno fa. In seguito al trauma, sarebbe apparso un tumore alla fossa sopraclaveare sinistra, grosso come una noce, molle, spostabile, coperto da cute normale.

Condotto ad una guardia medica, gli venne applicato un bendaggio compressivo, in seguito al quale il tumore sarebbe diminuito di volume, per riprendere però in seguito un graduale sviluppo fino alle proporzioni attuali. Non ebbe mai dolori. Il tumore non presentò mai alternative di diminuzione e di aumento di volume, se non dopo l'applicazione del bendaggio compressivo.

Non gonfiava, ne cambiava di colore nelle corse, nel pianto, negli sforzi di tosse. — Non si notarono mai ghiandole ingrossate al collo. — Non dispnea da fatica.

Bambino ben fatto e di nutrizione generale buona. — Un po' anemico. — All'esame dei visceri si nota leggermente soffiante il primo tono su tutti i focolai, ma specie alla base del cuore.

La regione sopraclaveare sinistra è occupata da una tumefazione liscia, tondeggiante, a base larga, grossa come un uovo, non pulsante, confinata dalla clavicola in basso, dallo sterno cleido in avanti, dal cucullare all'indietro ed arrivante in alto fino a 3 dita trasverse sopra la clavicola, coperta da pelle di colorito e calore normale, e sollevabile in pieghe.

La consistenza è molle, fluttuante. - È spostabile sulle parti sottostanti. — Premendo su una parte del tumore, si fa più turgida l'altra e compaiono nella parte prominente dei nodi, delle sporgenze, che la rendono bernoccoluta. — Nessuna alterazione del tumore alla pressione delle vene vicine.

Alla percussione superficiale appare leggermente ipofonetico. Non aumenta facendo trattenere un lungo respiro, nè facendo fare sforzi all'ammalato. — Non dà senso di crepitio di neve alla pressione. — L'esame dell'apice polmonare non dà a rilevare nulla di anormale.

Intervento il 16 giugno 1905.

Incisa la cute, il conettivo, il pellicciaio e l'aponeurosi superficiale, si arriva sul tumore che appare composto di molte cisti, alcune comunicanti, altre no, a contenuto sieroso, sanguigno. — Si adagiava sull'apice polmonare, col quale però non sembra abbia altro rapporto che di vicinanza. — Guarigione in 12 giorni.

L'indagine macro e microscopica chiarisce trattarsi di un linfangioma policistico.

Questo caso è interessante in rapporto al lato eziologico, essendosi sviluppato con tutta probabilità in seguito ad un trauma. Quanto al trattamento, alla compressione, alla iniezione di sostanza irritante preferii in questo caso l'estirpazione, ed i risultati dell'esame anatomico mi diedero ragione. — Trattavasi infatti di un tumore in cui l'iniezione di liquidi irritanti sarebbe riuscita inefficace, perchè le singole cavità in cui era separata la massa del tumore non comunicavano fra loro. Per lo stesso motivo la compressione sarebbe riuscita pure inefficace. La estirpazione della massa neoplastica in toto, l'emostasi accurata, permisero una buona e rapida guarigione.

Escisione di due angiomi della regione laterale del collo. Uno del volume di una mandorla e superficiale (Colombo Enrico d'anni 4, Sala Carcano).

L'altro molto più voluminoso (Pierina V. di mesi 9, operata alla Casa di Salute Parapini il 3 gennaio 1903 coll'assistenza dei Dri. Valdameri e Zanuso).

Il tumore congenito e localizzato in corrispondenza della regione sottomascellare sinistra, si era ingrossata rapidamente dopo la nascita, portandosi dalle dimensioni primitive di una fragola a quello di un uovo di gallina. Esso interessava in parte anche la cute, che pel tratto di 3 centimetri quadrati era di color rosso vinoso, in parte coperto da cute normale.

Scompariva quasi totalmente alla pressione e sotto i colpi di tosse; nel pianto si rendeva turgido e bluastro. Non era però pulsante.

Ho già detto dei vantaggi che in queste forme l'escissione ha sugli altri metodi meno cruenti di cura e come con questo sistema si possono ottenere delle guarigioni veramente rapide e buone, delle cicatrici lineari e quasi invisibili.

L'emorragia che, specialmente nel II dei miei casi, poteva essere ragguardevole, venne evitata coll'avvertenza di mantenere un costante e forte stiramento, tanto dei margini dell'incisione, come del tumore, cogli uncini o colle dita, durante l'ablazione, stiramento che riesce veramente anemizzante, e che, se è seguito da una rapida chiusura dei vasi eventualmente aperti, rende minima la perdita di sangue.

Così si potè condurre a termine in modo veramente lusinghiero, in una bambina di 9 mesi, un'operazione sull'esito della quale altri chirurghi avevano espresso dei dubbi.

Mi piace ricordare che pochi mesi fa i parenti della V., che abitano a Spezia, mi portarono a Milano la piccola operata, felici di potermi far constatare ancora una volta l'esito buonissimo dell'intervento, tanto dal lato cosmetico, come da quello di una cura radicale.

Un'operazione per fistola congenita mediana del collo. — Pacinotti Antonio, d'anni 7, di Milano, entra al Padiglione Ponti il 17 gennaio 1903. Si è deciso all'intervento

per la continua e fastidiosa perdita di saliva e pus attraverso il tragitto fistoloso. — Operazione il 31 gennaio 1903.

Con un taglio longitudinale di 5 centimetri, il cui punto mediano corrispondeva all'orificio esterno della fistola, feci l'escisione del dotto fistoloso, lungo 5 centimetri, e chiusi l'apertura interna, strozzandola con un laccio in seta. — Guarigione in 10 giorni.

*
* *

Questo caso sembrami interessante specialmente in rapporto alla cura. Alcuni si attengono ancora alla cura palliativa, come la cauterizzazione coll' ansa galvanica, l'incisione della fistola, il raschiamento, ecc. — La esportazione completa e la riunione dei margini della ferita per I^a^ intenzione, permette una demolizione sicura e permanente del vizio di conformazione; è un procedimento scevro d'ogni qualsiasi complicazione post-operatoria, è tecnicamente più facile, e finalmente assicura una cosmesi perfetta. Il numero delle fistole trattate con questo sistema è ancora molto scarso (Tricomi, Penzo): mi sono permesso quindi di far rilevare questo caso della mia statistica,

Estrazione di proiettile di rivoltella, localizzato nella profondità della muscolatura della regione laterale sinistra del collo appena dietro il muscolo sterno cleido mastoideo.

— Per la ricerca mi giovai della radiografia eseguita tanto nel piano antero posteriore, come nel piano laterale del collo.

Miotomia a cielo scoperto del muscolo sterno cleido mastoideo di destra.

Gualdoni Massimo d'anni 10, operato alla Sezione Meccanoterapica, il 1 settembre 1903.

Trattavasi in questo caso di un torcicollo muscolare, accompagnato da degenerazione fibro-tendinea spiccata del capo sternale dello sterno cleido mastoideo, con aderenze dello stesso alla aponeurosi media del collo inspessita. In questo caso la semplice miotomia sottocutanea non avrebbe dato buoni risultati, perchè difficilmente avrebbe permesso

la retrazione necessaria dei monconi muscolari (viste le aderenze aponeurotiche). Mediante la miotomia a cielo scoperto si può fare un' accurata preparazione di tutte le parti cicatriziali, ed arrestarsi in questa preparazione solo quando si sia notato che il capo può riacquistare la posizione normale. — Trattasi di una vera liberazione del muscolo.

Seguono buoni risultati, quando si ha cura di mantenere la correzione mediante un buon apparecchio protetico. — Nel nostro caso, dopo due mesi, il risultato era perfetto.

Due spaccature di ascesso da tiroidite suppurata. — Venne praticata un' incisione ampia, longitudinale sulla parte più prominente del focolaio flogistico.

I processi flogistici della tiroide, specie quando questa ghiandola è affetta da forme degenerative, possono essere gravidi di complicazioni. — In un caso di Kerns l'ascesso si diffuse al pavimento boccale; in uno di Lejars, in seguito alla suppurazione di un gozzo cistico, si ebbe erosione della carotide. Freiherr e Kocher videro la suppurazione della tiroide complicarsi con tetania.

Nei miei casi la guarigione avvenne senza alcun accidente spiacevole.

Le legature della carotide esterna e della linguale vennero praticate preventivamente ad operazioni eseguite sulla bocca e sulla faccia, che sono descritte nel capitolo riguardante le operazioni sul capo.

OPERAZIONI ESEGUITE NEL TORACE, DORSO COLONNA VERTEBRALE E BACINO

Resezione costale per empiema (Sala Carcano 11, S. Giacomo 2, Padiglione Ponti 13) . . . . . N. 26

Operazione di Estländer Schede (Casa di Salute Parapini 1, Padiglione Ponti 1) . . . . . „ 2

Resezione parziali dello sterno per carie (Padiglione Ponti 3) . . . „ 3

Resezione dell'articolazione sterno claveare per osteo artrite granulo fungosa (Padiglione Ponti) . . . . . „ 1

Resezione delle coste per carie (Padiglione Ponti) . . . . . „ 5

Estrazione di corpi stranieri dall'esofago (Padiglione Ponti 1, Sezione Meccanoterapica 1) . . . . . „ 2

Amputazione di mammella per carcinoma (Pad. Ponti 1, Pratica Privata 3) . . . . . „ 4

Laminectomie per frattura della colonna vertebrale (Pad. Ponti 1, Sez. Meccanoterapica 1) . . . . . „ 2

Estirpazione di lipoma al dorso (Pad. Ponti) . . . . . „ 1

Estirpazione di cisti al dorso (S. Giacomo) . . . . . „ 2

Estirpazione di un fibroma molle voluminoso del dorso e delle natiche (Pad. Ponti) . . . . . „ 1

Resezione del bacino (S. Giacomo 1, S. Ignazio 3, Pad. Ponti 2, Sez. Meccanoterapica 1) . . . . . „ 7

Trapanazione dell'ileo per ascesso iliaco (S. Ignazio) . . . . . „ 1

Estirpazione di osteoma della cresta iliaca (Pad. Ponti) . . . . . „ 1

Estrazione di proiettile dal dorso (Sez. Meccanoterapica) . . . . . „ 1

TOTALE N. 59

Ventisei casi di resezione costale e due operazioni di Esthländer Schede per empiema, mi danno occasione di fare qualche considerazione sulla cura della raccolta marciosa della pleura.

Alla pleurotomia semplice ed alla fognatura a sifone del Bülau, io ho adunque sempre preferito l'apertura ampia, data dalla costotomia alla Roser, operazione che, per chi abbia fatto una certa pratica, può compiersi rapidamente, in meno di cinque minuti.

L'apertura attraverso lo spazio intercostale potrebbe tutt'al più tornare indicato negli ammalati che son portati dalla virulenza e dall'estensione della forma in pericolo immediato di morte, quando, cioè, anche un traumatismo leggero potrebbe essere causa di guai. — Ma la loro indicazione dev'essere però molto limitata.

Si sa che gli spazii intercostali, già per se stessi stretti, possono rimpicciolirsi ancor più dopo che si è dato esito al pus per la retrazione polmonare, che provoca un significante addossarsi delle costole fra loro. In tali condizioni lo scolo del pus attraverso la breccia intercostale resta ostacolato, ed i numerosi coaguli fibrinosi che si formano nell'empiema, non potendo sortire dai drenaggi molto sottili, che per necessità di spazio siamo costretti ed applicare nella pleurotomia semplice, ostruiscono il tubo, aumentando la difficoltà del deflusso marcioso, prolungando e rendendo difficile la guarigione. — E tale obliterazione, causata dai coaguli fibrinosi, viene a rendere spesse volte nulla la stessa pressione negativa nel cavo pleurico, che dovrebbe dare la fognatura a sifone di Bülau.

Invece la larga apertura, che viene stabilita colla resezione di 5-6 centimetri di costa, permette l'immediato vuotamento non solo del contenuto liquido del cavo pleurico, ma anche della parte semisolida, costituita dai coaguli fibrinosi, che nei primi giorni dopo l'apertura vengono espulsi in masse voluminose sotto i colpi di tosse. — Ed il rapido vuotamento della cavità pleurica fa sì che il polmone si mette in condizioni di riaversi al più presto ed espandersi, specialmente se è ancora attiva la sua potenzialità di espansione.

Inoltre, coll'apertura ampia, anche il lavaggio della cavità suppurante riesce più facile e completo.

La narcosi, consigliabile nell'esecuzione della costotomia, non è però di assoluta necessità. Nei casi gravi io sono solito operare coll'anestesia locale, ottenuta coll'applicazione del cloruro d'etile. — Risulta allora dolorosa la sezione della costa, ma la dolorabilità è però compensata dalla rapidità colla quale si può provvedere a tal momento operativo. — Nei miei casi la resezione venne eseguita col solito processo dell'incisione parallela al costato e sulla 7 - 8 - 9 e 10 costa, a seconda dei casi, e della ubicazione precisa della raccolta marciosa.

Quando l'operazione dell'empiema fu fatta piuttosto precocemente e riuscì bene, la distenzione del polmone si compie in pochi giorni. — Ho visto degli empiemi voluminosi chiudersi completamente in 15-20 giorni. — Dei miei 26 casi, per quanto mi consta, si ebbero 23 guarigioni e tre morti per esaurimento.

Quando invece l'apertura fu fatta tardivamente ed il polmone ha perso la sua potenzialità d'espanzione oppure quando circostanze speciali ritardano la guarigione, allora la semplice apertura non basta e devesi ricorrere ad altri mezzi per rendere possibile la chiusura della cavità marciosa, la cessazione del processo suppurativo.

In questi casi possono essere usati mezzi diretti a stabilire una diminuzione della pressione endopleurica per risvegliare l'espansibilità del polmone (Thiersch, Rochelt, Perthes) di applicazione però difficile e di risultato incerto,

perchè il polmone retratto resiste qualche volta anche ad una pressione negativa ragguardevole. Risponde molto più efficacemente la geniale operazione, concepita dal Simon, eseguita la prima volta dal Küster, divulgata dall'Esthländer, perfezionata dallo Schede, che mira ad addossare al polmone retratto e non più espansibile le pareti dell'ascesso pleurico, rendendo cedevole la parete toracica ossea colla resezione parziale del costato.

Come ho detto, in due casi capitati sotto la mia osservazione, ho ricorso all'operazione di Estländer-Schede con esito buono.

Nel primo caso si trattava di certo N. N. d'anni 28, che mi fu presentato dal Dr. Mandelli e che venne operato l'11 settembre 1904 alla Casa di Salute Parapini.

L'empiema (destro) datava dal 1901 ed il paziente, dopo essere stato operato di costotomia per dar esito al pus, aveva subito nello stesso anno anche una prima operazione di toracoplastica incompleta, in un altra città.

Erano state asportate la 5ª, 6ª, 7ª, 8ª costa dalla linea ascellare anteriore all'angolare della scapola. Si era avuto rimpicciolimento della cavità ascessuale, ma non cicatrizzazione completa.

Quando lo visitai, quasi 3 anni dopo tale operazione, presentava un seno fistoloso in corrispondenza dell'ottavo spazio intercostale, sulla linea scapolare, ed una cavità capace di ricettare più d'un quarto di litro di liquido, nell'angolo posteriore della pleura, in tutta vicinanza della colonna vertebrale, dalla 5ª alla 9ª costa.

Proposto ed accettato un nuovo intervento, previa eteronarcosi, con una incisione verticale di 20 cent. sulla linea paravertebrale, eseguii la resezione della porzione posteriore rimasta della 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e parziale della 9ª costa, dalla linea mediana ascellare fino in tutta vicinanza della colonna vertebrale. Escisi poscia la membrana piogena e quindi la pleura, dura e dello spessore di quasi un centimetro, tanto sulla parete esterna come sulla polmonare, ottenendo colla decorticazione una discreta espansione del polmone sottostante.

Assicuratomi dell'assoluta abolizione della cavità, ricomposi le parti, zaffando con garza iodoformica. — La guarigione avvenne in tre mesi, senza accidente alcuno.

Residuò un rientramento nel punto operato. L'ammalato però sta benone. Anche recenti notizie mi confermano le buonissime sue condizioni di salute.

L'altro mio operato è degente ancora al Padiglione Ponti.

Capponi Angelo, d'anni 17, mattonaio di Perà, si ammalò nel mese di maggio u. s. di polmonite sinistra, che fu seguita da empiema.

Operato il 20 giugno di costotomia, le condizioni sue generali non migliorarono e continuò una suppurazione abbondante fino al 3 settembre. In quel giorno appunto, ad una visita diligente, ho potuto constatare come la cavità ascessuale, ubicata nel seno posteriore paravertebrale, potesse contenere ancora quasi mezzo litro di liquido, ed alla esplorazione digitale attraverso al seno fistoloso ho potuto convincermi che le pareti dell'ascesso erano notevolmente rigide, tese, specie quella viscerale.

L'ammalato, all'infuori della suppurazione pleurica, non presenta alcun fatto patologico. — Non ha fenomeni polmonari, non espettorazione abbondante, non fenomeni viscerali. — Esame degli sputi negativo.

Proposi l'operazione d'Estländer, che venne accettata.

Intervengo il 6 settembre 1905.

Incisione, che, iniziata sulla linea paravertebrale, all'altezza della 4ª costa, scende leggermente arcuata verso l'esterno per raggiungere la 9ª costa e voltare poi verso l'avanti e verso l'alto per breve tratto sulla linea ascellare posteriore. — Resezione della 5ª, 6ª, 7ª, 8ª e 9ª costa in tutta vicinanza della colonna vertebrale, per la lunghezza di 15 centimetri circa. Siccome tanto la pleura parietale che la viscerale sono molto ispessite e dure, vengono asportate per meglio assicurare la guarigione successiva. — Il polmone, liberato dalla corteccia rigida e resistente che l'imbrigliava, si espande sotto i colpi di tosse. — Assicurata l'abolizione della cavità, la ferita viene in parte suturata, in parte zaffata con garza sterile. — L'andamento post operativo fu ottimo, mai febbre, l'ammalato (25 settembre) si è già ripreso, si alza, ha appetito, la breccia è ridotta ai minimi termini e tutto lascia assicurare una buona guarigione.

Nei miei due casi la cavità purulenta era localizzata in tutta vicinanza della colonna vertebrale. È noto che appunto nella doccia costo vertebrale, la cavità dell'empiema stenta maggiormente a chiudersi per la rigidità del costato nella porzione posteriore, che impedisce qualunque cedimento compensatorio in quel punto della gabbia toracica. — La mancata resezione delle porzioni posteriori delle coste era stata nel I° ammalato la causa dell'insuccesso operativo, avutosi da altri. — E per mio conto credo che in questi casi la sezione posteriore delle coste deve essere sempre praticata in tutta vicinanza della colonna verte-

brale, ad un centimetro dall'articolazione fra la costa e l'apofisi trasversa, per garantire il successo.

Nei miei casi, per fare con facilità ed in tutta vicinanza dell'articolazione questa sezione, ho trovato vantaggioso l'uso della sega del Gilli, molto più che quella del costotomo.

Tre casi di osteomielite lenta dello sterno.

Grassi Angelo, d'anni 17, venne operato il 31 gennaio 1901 di resezione di tutto il 3° superiore dello sterno per osteomielite estesa a tutta questa porzione dell'osso. — Guarigione in due mesi.

Ferrari Giuseppe, d'anni 45, nel 1901, Menoldi G. B., d'anni 23, nel 1905, sono pure operati al Padiglione Ponti di resezione parziale del corpo dello sterno per carie. Il secondo partiva guarito poco più d'un mese dopo. Il primo passava nel Comparto Cronici dopo due mesi dall'intervento, ne ho più avuto occasione di rivederlo.

Resezione dell'articolazione sterno claveare sinistra per osteoartrite granulo fungosa.

Crespi Nazaro entra al Padiglione Ponti, il 15 gennaio 1905. La forma sarebbe insorta da quattro mesi. Presenta seno fistoloso gemente pus in corrispondenza della regione sterno claveare. Alla specillazione si arriva nella cavità articolare. All'intervento eseguito il 17 gennaio si riscontrano profonde alterazioni dei capi articolari, specialmente dal lato dello sterno. Artrectomia. Ampia resezione dei capi articolari. L'ammalato usciva dall'ospedale guarito, il 24 Febbraio.

Cinque casi di resezione costale per osteomielite lenta.

Zanetti Giuseppe, d'anni 28, operato al Padiglione Ponti il 16 Febbraio 1901. Si dovette resecare la IX costa destra per il tratto di 10 ctm. Guarigione in un mese.

Nel secondo caso si trattava di un giovane di 20 anni. Tacchinardi Primo, affetto da tubercolosi polmonare avvanzata con diffusione alle cartilagini costali di sinistra. Lo operai per la suppurazione abbondantissima, per la febbre

alta, per l'esteso intasamento delle parti periferiche, finalmente per le insistenti preghiere dell'ammalato che coll'asportazione del focolaio morboso sperava di avere una tregua ai proprii mali.

Aprii ampiamente il focolaio ascessuale, resecai la 6ª e la 7ª cartilagine costale destra alterate ed ebbi diminuzione e quasi cessazione della suppurazione.

L'ammalato morì per diffusione del processo polmonare, il 14 Febbraio 1905, due settimane dopo l'intervento.

Brusa Alessandro, d'anni 31, operato il 15 Febbraio 1905 di resezione della 11ª e 12ª costa sinistra, lascia l'ospedale, quasi completamente guarito il 18 Marzo 1905.

Consonni Vittorio, d'anni 16, viene operato il 19 Luglio di resezione della 10ª costa sinistra pel tratto di 15 ctm. pure per carie. Lascia l'ospedale il 3 Settembre 1905, guarito.

Turri Pietro, d'anni 16, operaio, di Milano, operato il 9 Febbraio 1905 di resezione della 5ª costa destra pel tratto di 20 ctm. circa per osteomielite lenta. Guarigione in 35 giorni.

Questo caso risulta, a mio credere, oltremodo interessante ed istruttivo, perchè il processo si era originato in un individuo sano e robusto, che non aveva compromissioni del gentilizio, che non ha fatto malattie polmonari, in seguito ad una forte contusione (cinque anni prima) in corrispondenza del punto d'inizio del processo sulla linea mammillare.

Come è noto, intorno alla relazione esistente fra le forme tubercolari ed i traumi sono ancora controversi i pareri degli autori.

Mentre Schüller, Becher, Krause ed altri affermano d'aver osservato, che, nel trasporto della tubercolosi sugli animali, essa si localizza specialmente nelle articolazioni e nelle ossa che siano state danneggiate prima in via traumatica, Lannelongue ed Achard affermano di non aver mai osservato nei loro esperimenti alterazioni tubercolari nel posto del trauma.

Pei caratteri manifesti di carie tubercolare presentati dal pezzo asportato, il mio caso verrebbe in appoggio delle esperienze dei primi autori.

Due casi di estrazioni di corpi stranieri (*soldo*) *dell'esofago* colla navicella di Graefe.

Tre amputazione di mammella e svuotamento del cavo ascellare per carcinoma — Una rioperazione per recidiva.

N. N., d'anni 65, operata per adenocarcinoma alla Casa di Salute Parapini il 24 aprile 1903 coi Dri. Zanuso e Guzzi — Guarigione in 10 giorni.

N. N., d'anni 53, pure operata alla Casa di Salute Parapini il 7 ottobre 1904 per adenocarcinoma coll'aiuto dei Colleghi citati. — Guarigione in 10 giorni.

Francese Eusebio, d'anni 63, operato il 26 Giugno 1905 al Padiglione Ponti. — Guarigione pure 10 giorni.

N. N., d'anni 56, operata alla Casa di Salute di Via Quadronno il 14 Luglio 1905 per recidiva di cancro mammario destro (dopo 5 anni dal 1° intervento) coi D.ri Mandelli e Germano.

Notevole il caso di carcinoma della mammella in un uomo. — In base ad una estesa statistica, Schuchardt ha trovato che solamente l'1 per cento dei tumori mammarii colpisce il sesso maschile, e che di quei tumori il 2 per cento soltanto sono carcinomi.

Nel nostro caso il tumore si era sviluppato in dieci mesi, aveva invaso il capezzolo e l'areola, raggiungendo il volume di una grossa noce, aveva dato ingrossamento ghiandolare all'ascella, con dolori locali abbastanza vivi.

La diagnosi di carcinoma fu confermata al microscopio, il quale ha anche stabilito che nel caso speciale si trattava di un adeno-carcinoma in gran parte scirroso, in parte alveolare ed in parte semplice.

In tutti i casi venne eseguita una larga demolizione - Amputazione della mammella - asportazione larga della cute - dell'aponeurosi - di una porzione più o meno ampia del muscolo gran pettorale (in un caso, il 2°, credetti opportuno estirpare tutta la parte sternale del muscolo), esportazione di tutti i gangli dell'ascella raggiungibili, mettendo largamente a nudo i vasi. — Non mi è mai occorso di

dover resecare temporaneamente la clavicola per meglio assicurare l'estirpazione delle ghiandole.

Non ho avuto recidive nei miei casi. Quella da me rioperata 5 anni dopo il 1° intervento era, stata prima operata dal compianto Prof. Dalle Ore e certamente i 5 anni di vita sana rappresentano un successo.

Due laminectomie per frattura della colonna vertebrale.

Pravato Romano, d'anni 42, muratore, di Milano, viene trasportato all'ospedale la notte del 18 gennaio, 1904.

Poco tempo prima, ritornando a domicilio piuttosto alticcio, prendeva la finestra per l'uscio e, scavalcatala, cadeva dall'altezza di un 2 piano in istrada. — Lo vidi la mattina successiva. — È uomo di costituzione robusta, che non presenta alterazioni viscerali. Si lamenta di dolori vivissimi in corrispondenza delle ultime vertebre lombari e del sacro.

Presenta alla regione lombo sacrale una larga chiazza echimotica ed alla palpazione si percepisce leggera mobilità anormale nelle apofisi spinose delle ultime vertebre lombari. — Non si nota però deformazione rilevante della parte.

Paraplegia e fenomeni di parestesia degli arti superiori fino alla piega dell'inguine. — Zona di anestesia alla regione sacro coccigea. — Abolizione dei riflessi plantari, rotuleo e cremasterico; esiste l'addominale. — Non urina e dev'essere siringato.

Provvisto di lettino di gesso, l'ammalato viene mantenuto in osservazione. — L'alvo è chiuso e, quando 5 giorni dopo la lesione gli viene somministrato un purgante, ha sciolte, con perdite involontarie.

Dopo sette giorni migliorando leggermente le condizioni della sensibilità, viene intrapresa la cura funzionale passiva degli arti inferiori. — Si ebbe un leggero risveglio della motilità, per cui era possibile all'ammalato fare dei piccoli movimenti delle articolazioni coxofemorali, ma persistette la paralisi vescicale, la stitichezza ostinata, seguita da perdite involontarie di feci, paralisi totale nei movimenti del ginocchio, del piede e delle dita, accompagnata da fenomeni di parestesia, da dolori lancinanti, tanto intensi da strappare alte grida all'ammalato, da costringere alla somministrazione di morfina. Passati 40 giorni dal trauma senza modificazioni notevoli e persistendo i dolori, si propose e venne accettato l'intervento operativo, la laminectomia. — Nel deciderci a tale provvedimento ci confortava il fatto che, tanto la ubicazione della frattura, come la sintomatologia (paraplegia dolorosa) indicavano con tutta probabilità una compressione della coda equina e quindi delle radici che derivano dall sezioni infime del midollo spinale. — Ora è noto che, al contrario di quanto avviene nelle lesioni del midollo spinale, le radici rispetto ai

fenomeni di rigenerazione si comportano come i nervi periferici, possono cioè guarire completamente, anche se si tratta di lesioni totali.

Intervento il 1 marzo 1904 (Sezione Meccanoterapica).

Incisione di 20 centimetri lungo la linea spinosa, dall'estremo superiore della regione lombare venendo in basso fino sul sacro. — Denudazione delle apofisi spinose e degli archi vertebrali, nella parte bassa della regione lombare, curando di scollare il periostio.

Messa perfettamente a nudo la parte, si riconosce una rilevante irregolarità del tegumento osseo posteriore, si nota cioè, che le lamine della 3ª e 4ª vertebra lombare sono manifestamente depresse nella loro metà sinistra, mentre quella della 5ª vertebra lombare e la parte superiore della parete posteriore del canale sacrale sono affondate nella metà destra. — Con tutte le cautele necessarie per non offendere i cordoni radicolari sottostanti, si apre lo speco, asportando ampiamente le lamine posteriori della 3ª, 4ª e 5ª vertebra lombare. — Siccome anche la parete posteriore del canale sacrale è affondata e preme nelle radici, viene resecata pel tratto di 2 centimetri. — Una piccola apertura della dura madre (sucessivamente chiusa con due punti di sutura in catgut) ci permette di osservare de visu che non esiste ematoma endodurale nè soluzione di continuo dei tronchi radicolari. — Si ricompone la parte, affrontando e suturando la musculatura e la pelle.

La guarigione della ferita avviene per prima, in 10 giorni. — Si intraprende la cura elettrica. — Una settimana dopo l'intervento l'ammalato può urinare da se; anche la defecazione non si compie più involontariamente e si fa poco a poco regolare. — Migliora la motilità nelle anche, si rendono possibili i movimenti delle ginocchia, non quelli dei piedi. — Migliorano anche i fatti di parestesia; i dolori lancinanti si rendono più tollerabili.

Finalmente, dopo una trentina di giorni, è in grado di alzarsi e di camminare in un apparecchio a gruccie, quantunque deve strisciare i piedi per il persistere della paraplegia nella musculatura della gamba.

Dopo un po' di esercizio, riesce possibile all'ammalato di camminare anche colle grucce ed egli ne approfitta per andare a casa.

Informazioni recenti mi dicono ch'egli sta bene, che padroneggia quasi completamente gli sfinteri, che gli arti lo sostengono abbastanza bene. Però per camminare è ancora obbligato ad usare delle stampelle o di un altro appoggio. — Persistono, quantunque in grado meno elevato, i dolori lancinanti.

Righini Alfredo, d'anni 23, entra nel Pad. Ponti, il 17 marzo 1905. Poco prima era caduto accidentalmente sul lavoro dall'altezza di tre metri.

Individuo di costituzione robusta. Sensorio ottuso, polso piccolo.

Si lamenta di vivo dolore in corrispondenza della regione dorso lombare.

Presenta contusioni alla regione zigomatica ed orbitaria destra, alla regione parieto-occipitale sinistra.

In corrispondenza della regione dorso-lombare si nota un vasto ematoma. Alla palpazione locale si nota inoltre una alterazione nella linea spinosa, una deformità, che viene localizzata press'a poco alla XI e XII vertebra dorsale. Vivissimo dolore in questo posto anche alla pressione minima.

Paraplegia negli arti inferiori con abolizione delle sensibilità fino alle pieghe dell'inguine. Abolizione del riflesso plantare, del rotuleo e del cremasterico. Esiste il riflesso addominale.

Abolita l'emissione spontanea dell'urina, per cui si deve ricorrere alla siringazione.

L'ammalato è provvisto di lettino di gesso e mantenuto in osservazione.

Dopo 12 giorni si intrapprende una leggera cura funzionale passiva, ma senza vantaggio. Passato circa un mese dal trauma e permanendo stazionarie le condizioni dell'ammalato, si decide di intervenire.

Operazione il 13 aprile.

Incisione di 20 centimetri lungo la linea spinosa, la cui parte mediana corrisponde alle ultime vertebre dorsali. Scollamento delle masse muscolari e del periostio. Si nota frattura della lamine, movimento preternaturale. Si resecano le apofisi spinose e le lamine della XI e XII vertebra dorsale. Appare così il midollo ancora coperto dalla dura, ma manifestamente assottigliato e spinto all'indietro da una prominenza anteriore formata da frattura dei corpi vertebrali con deformazione. Siccome tale prominenza è maggiore a sinistra, il midollo viene dolcemente spostato verso destra e la parte sinistra della sporgenza demolita colla sgorbia. Non esiste raccolta ematica endodurale. Ricomposizione delle parti. Sutura muscolare e della cute. Guarigione in dieci giorni della ferita.

Si intrapprendono la cura elettrica, il massaggio ed i movimenti passivi. Il risultato funzionale fu però nullo.

Persistette la paralisi vescicale, la paraplegia, l'abolizione della sensibilità negli arti inferiori. Comparvero anche piaghe di decubito alle natiche. Dopo più di un mese di cura l'ammalato venne per ragioni di servizio trasportato in Sala Cronici dove, da quanto mi viene riferito, moriva il 25 luglio 1905, tre mesi dopo l'operazione, per esaurimento.

L'intervento diretto nelle lesioni traumatiche del midollo spinale è attualmente ancora molto discusso.

La maggioranza dei chirurghi è per l'intervento, eseguito più o meno precocemente, ma abbiamo però dei clinici eminenti che consigliano l'astenzione. Per essi,

le alterazioni funzionali del midollo, che dipendono da stravaso sanguigno o da edema locale, hanno già tendenza per sè stesse a scomparire a motivo del facile assorbimento di quelli. Quando invece esiste lesione totale dell'organo, per la mancanza di facoltà rigenerativa del midollo spinale, ogni cura riesce inutile, e se anche la lesione è parziale, gli elementi distrutti non si rigenerano più e la alterazione della funzione rimane quindi invariata, tanto con un intervento operativo come all'infuori di esso.

Ma la mancata funzione può essere data anche da una lesione con ispostamento della parete ossea che venga a comprimere sul midollo, abolendone la funzionalità pel solo fatto della compressione, e si capisce come tali casi, quasi mai distinguibili da una sezione vera del midollo, siano curabili e guaribili mediante un pronto intervento.

E, quantunque questi casi risultino, secondo l'esperienza clinica, molto rari, io penso che la loro possibilità debba essere calcolata nel giudizio terapeutico. — E credo che se è conveniente lasciar passare un certo tempo (da 30 a 40 giorni) dopo la frattura per vedere se il ritorno delle funzioni può farsi spontaneamente, o col semplice aiuto di una cura funzionale, davanti all'insuccesso convenga di non indugiare più oltre nella aspettativa, e di intervenire prima che, nell'eventualità di una compressione ossea, le parti permanentemente compresse cadano in degenerazione e l'alterazione si renda stabile. — Ciò ho fatto nei miei casi. — Se poi fosse manifesta una depressione delle lamine posteriori, vi sarà tutta l'indicazione per un intervento, da intrapprendersi al più presto possibile dopo il trauma.

Per quanto riguarda la tecnica operativa, come abbiamo visto, io mi sono attenuto al taglio longitudinale mediano ed alla asportazione degli archi posteriori. — In ambedue i casi ho avuto però cura di conservare il periostio, perchè potesse formarsi fra le apofisi spinose, immediatamente vicine a quelle resecate. un cordone osteo fibroso, che servisse a mantenere la rigidità e la resistenza nella porzione posteriore della spina (Ollier e Smits). — Il Pravato infatti,

quando potè alzarsi, non notò senso alcuno di debolezza della schiena. — Urban, per evitare la resezione definitiva delle apofisi spinose e delle lamine, ha proposto un metodo di *resezione temporanea degli archi vertebrali.* — Con una incisione ad U, a base in alto, quando si opera sulla porzione cervicale o dorsale della spina, in basso per la porzione lombare, si tagliono le parti molli e gli archi vertebrali nelle loro estremità e si solleva il lembo osteoplastico a sportello. — Bisogna praticare nel cadavere questo metodo per convincersi della sua nessuna praticità, dato il grave ed esteso traumatismo cui si devono assoggettare le parti per arrivare ad aprire lo speco.

Estirpazione di un lipoma voluminoso. — (Spreafico Felice, d'anni 47, Sala S. Giacomo); *di una cisti dermoide* (Zani Ernesto, d'anni 2) e *di una cisti ateromatosa del dorso* (Aschieri Luigi, d'anni 66, Pad. Ponti.)

Un caso di fibroma molle del dorso e delle natiche. — Re Angelo, d'anni 19, operato al Pad. Ponti, il 5 giugno. Il tumore unico, molle, si sarebbe sviluppato secondo l'ammalato da pochi mesi. — Al momento dell'intervento si presenta di proporzioni molto ragguardevole, occupando parte del dorso e delle natiche. — È tondeggiante, poco prominente, del diametro di circa 25 centimetri, extraponeuritico. — Nella stazione eretta formava una specie di borsa pendula nella parte inferiore. — Per estirparlo, si dovette praticare un taglio longitudinale di 30 centimetri sulla linea mediana. — Guarigione in 20 giorni.

Eseguii 7 *resezioni più o meno estese del bacino.* Due per esiti di frattura, cinque per osteomielite tubercolare.

Ferita lacero contusa al perineo — Frattura del bacino, rottura dell'uretra membranosa, flemmone pelvico — Necrosi parziale del bacino — Drenaggio soprapubico-perineale — Guarigione.

Radrizzani Cesare, d'anni 14, il giorno 8 gennaio veniva travolto da una colonna cadente e riportava lesioni gravi del bacino, ferita lacero contusa al perineo.

Ricoverato lo stesso giorno al Padiglione Litta, veniva pochi giorni dopo inviato in Sala Biumi, per fenomeni settici.

Quando io lo vidi il giorno 14 gennaio, le sue condizioni erano gravi. Febbre a 40. Polso filiforme.

Dolore vivissimo in corrispondenza della regione sacroiliaca destra della parte anteriore della cintura pelvica.

Da una larga soluzione di continuo perineale geme pus cremoso in abbondanza. Inoltre si nota infiltrazione notevole dei tessuti alla regione sovrapubica ed alle regioni inguinali. — Non si nota risentimento nei quadranti addominali superiori. — Lo scroto non è molto tumido. — Premendo sulla regione sovrapubica e sulle regioni inguinali si provoca un aumento della secrezione marciosa al perineo. — L'urina viene emessa *volontariamente,* attraverso l'apertura perineale.

Si fa diagnosi di flemmone pelvico, da frattura del bacino, rottura dell'uretra membranosa (probabilmente al di dietro del legamento triangolare).

Colla specillazione della scontinuità perineale si arriva sulla parte anteriore della cintura pelvica denudata.

Per provvedere al deflusso marcioso ed al lavaggio dell' ampia cavità suppurante, si provvede con una contro apertura soprapubica e mettendo in posto un lungo drenaggio, che da questa bottoniera passando dietro la vescica viene ad uscire per l'apertura perineale.

Dopo parecchi tentativi si riuscì anche a mettere in posto una siringa a permanenza.

La febbre andò diminuendo, fino a cessare. — Le condizioni dell' ammalato migliorarono. — Cicatrizzò la lacerazione uretrale e, dopo due mesi circa dall'infortunio, si potè togliere tanto la siringa a permanenza, come il drenaggio pubo-perineale.

Permaneva però sempre il seno fistoloso ed una secrezione marciosa discreta al perineo. La specillazione ci permise di constatare la presenza di un sequestro della branca pubica destra. — Allargata ancora la breccia perineale, si potè arrivare su tale sequestro, isolarlo e toglierlo. — Aveva il volume di una grossa noce.

Dopo ciò la ferita volse rapidamente a guarigione e l'ammalato, cinque mesi dopo la lesione, lasciava l'ospedale.

Venne a trovarmi tre anni dopo fiorente di salute. Lo trovai ancora nel mese corrente (settembre 1905) in Sala S. Ignazio, dove è degente per manifestazioni tubercolari delle ghiandole e delle ossa degli arti.

Non ha avuto più alcun disturbo dal lato della vescica e dell' uretra. Anche la deambulazione era poco disturbata dagli esiti della frattura nella cintura pelvica.

Frattura di bacino complicata con spostamento grave dei frammenti e con pressione sulle radici del plesso sacrale destro, per callo deforme.

Proserpio Luigi, di 46 anni, contadino di Carugo, il 20 febbraio viene travolto dal suo carro, una ruota del quale passa sull'ala sinistra del bacino. Viene curato all'ospedale di Giussano. A quanto narra, sarebbe stato semi-stuporoso per 3 giorni. Avrebbe avuto impossibilità all'emissione spontanea dell'orina per 5 giorni. Le orine non furono mai sanguigne. Avrebbe avuto un vasto echimoma alla regione inguino scrotale, alla natica sinistra ed alla regione trocanterica corrispondente.

L'8 aprile, permanendo dolori vivissimi dalla cintura pelvica, riparò alla Sezione Meccanoterapica.

Nulla che interessi quanto all'anamnesi. — All'esame gli organi toracici ed addominali risultano normali — All'esame locale notasi asimetria delle due metà del bacino per alterazioni della metà sinistra. — La natica sinistra è ipotrofica. — Alla palpazione risalta una sporgenza ossea in corrispondenza della sincondrosi sacro iliaca sinistra: pareva (e la radiografia confermò l'impressione avuta) che l'ileo si fosse portato indietro in alto ed indentro del sacro.

Anche la porzione pubica appare ingrossata e deforme. — Nulla di anormale anatomicamente.

Il malato presenta nell'arto inferiore sinistro e nella natica fenomeni a carico della motilità e sensibilità, tali che inducono ad ammettere una compressione dei nervi del plesso sacrale sinistro e siccome era evidentemente avvenuta nel malato frattura del bacino con deformazione della grande incisura ischiatica, veniva logico il pensare ad imbrigliamento dei nervi in corrispondenza di tale località.

Operazione il 21 aprile 1905.

Incisione obbliqua lunga 20 centim., nella direzione del muscolo grande gluteo, passante in corrispondenza della parte alta dell'incisura ischiatica, ed avente come punto di mezzo quello d'emergenza dei vasi e nervi glutei maggiori.

Incisi i tegumenti, l'aponeurosi ed il muscolo grande gluteo, si si riconoscono e si spostano in alto i muscoli medio e piccolo gluteo, si isola il muscolo piramidale, lo si seziona nel suo 3° esterno, ed arrovesciando le parti sue disgiunte rispettivamente all'esterno ed all'interno, si mettono allo scoperto i rami nervosi del plesso sacrale, grande sciatico, piccolo sciatico e gluteo, ed i vasi glutei e sciatici.

Seguendo i tronchi nervosi verso il loro punto di emergenza dalla cavità pelvica, si riconosce che sono serrati e compressi fra i frammenti accavallati della rottura posteriore del bacino, e che tale compressione è resa maggiore da abbondante neoformazione ossea.

Con scalpello e maglietto si demoliscono intorno al plesso nervoso le parti ossee addossate, portando tale demolizione fin nella

parte interna del bacino, dove pure i tronchi nervosi appaiono imbrigliati nella neoformazione ossea esuberante.

Assicurata con una resezione abbondante la completa libertà dei cordoni nervosi, si pratica l'emostasi e si ricompongono le parti, suturando il muscolo piramidale e gli altri organi disgiunti.

Decorso regolare.

Si levano i punti dopo 10 giorni. Guarigione per prima.

Il 3 giugno il malato lascia l'ospedale. I dolori sono scomparsi. — Le zone di anestesia sono pure scomparse e così i punti dolorosi del Valleix. — Migliorata è la paresi dei flessori delle gambe, degli estensori del piede, dei flessori ed estensori delle dita; la paralisi del grande gluteo si è ridotta allo stato di paresi.

Il malato cammina bene anche senza bastone.

Disarticolazione di coscia e resezione parziale del bacino per osteomielite tubercolare del femore, dell'articolazione coxofemorale, della porzione acetabolare del bacino (a destra).

Medaglia Giuseppe, d'anni 33, ricoverato in Sala S. Ignazio, il 14 Febbraio 1899.

Si trattava di un individuo, già amputato venti anni prima al 3° medio della gamba destra per podartrocace. La forma attuale si era iniziata un anno prima di venire all'ospedale, con dolori alla regione coxofemorale destra e lungo la coscia. — Ricoverato in altra Sala il 1898, vi era stato operato di oncotomia e di raschiamento alla regione coxofemorale, ed alla coscia e poi mandato in Sala S. Ignazio (cronici). — Individuo di costituzione generale discreta, un po' infiacchito dall'affezione grave attuale.

L'ammalato si lamenta di dolori atroci lungo la coscia ed alla regione coxofemorale di destra, dolori che devono essere calmati con iniezioni di morfina. Presenta seni fistolosi gementi pus in abbondanza alla natica e lungo la coscia destra.

Denudazione estesa del femore, artrosinovite dell'articolazione dell'anca. — Propongo la disarticolazione di coscia, che viene accettata e da me eseguita il 20 Febbraio previa amputazione al 4° superiore. — La cavità acetabolare, che si presenta pure alterata e corrosa, viene diligentemente raschiata e zaffata. — Decorso buono post-operativo. Scomparsa dei dolori e miglioramento notevole nelle condizioni generali. — La parte però stenta a cicatrizzare e, dopo quattro o cinque mesi, la suppurazione torna ancora abbondante per invasione osteomielitica del bacino (porzione acetabolare destra).

L'ammalato, incoraggiato del vantaggio avuto nel 1° intervento, insiste per essere nuovamente operato. — Intervengo il 24 Agosto 1899.

Incisione nel moncone di disarticolazione, che dalla spina iliaca antero superiore arriva fin quasi all'ischio. Messe a nudo le parti

ossee, vi riscontrai che le alterazioni osteomielitiche si estendono sull'acetabolo e su parte della grande ala. Resezione ampia della porzione acetabolare e in parte della grande ala, in alcuni punti rispettando la lamina interna dell'ileo, in altri arrivando fino alla muscolatura ed all'aponeurosi pelvica, che però viene rispettata. L'ampia cavità resultante in parte viene suturata, in parte zaffata.

Decorso post-operativo buono. L'ammalato, che si era riavuto dalla grave operazione, stette bene per parecchi mesi. Anche la suppurazione era minima. — Sventuratamente insorsero localizzazioni tubercolari dei polmoni, per le quali moriva un anno dopo il 2° intervento.

Resezione parziale dell'ileo per osteomielite lenta dell'ala iliaca destra in corrispondenza della parte alta della cresta.

Fumagalli Augusto, d'anni 32, operato in Sala S. Giacomo il 15 Dicembre 1896. Ammalato da un anno. Venne asportata una porzione alterata dell'ala, larga quanto la metà d'un palmo della mano d'un adulto. — Guarigione in meno di due mesi.

Resezione dell'ischio, della sua branca ascendente e della discendente del pube, a destra, per carie.

Cazzarini Luigi, d'anni 35, operato in Sala S. Ignazio il 6 Luglio 1899. — Si trattava di un individuo in condizioni generali discrete, il quale era ammalato da quasi un anno e presentava seni fistolosi molteplici alla regione della natica destra, da carie del bacino.

Stabilito che le lesioni ossee erano specialmente localizzate all'ischio di destra, intervenni con un atto operativo, resecando l'ischio, la sua branca ascendente, la discendente del pube, aprendo così ampiamente il foro otturatorio, il bordo del quale rimaneva distrutto per una buona metà. L'ammalato si riebbe molto bene dopo l'intervento, e della vasta piaga primitiva restava solo un piccolo seno fistoloso gemente qualche goccia di pus. Tutto lasciava sperare una buona guarigione, quando dopo circa sei mesi dall'intervento (a quanto seppi, perchè io allora mi trovavo all'estero), il Cazzarini fu preso da cotilite destra, per la quale moriva un anno e mezzo dopo la mia operazione.

Resezione parziale della cresta iliaca di destra per carie.

Cremonesi Luigi, operato al Padiglione Ponti il 21 Settembre 1901 e passato in S. Ignazio non ancora completamente guarito, alla fine dell'anno.

Resezione parziale dell' ala iliaca sinistra per carie.

Preatoni Ercole, d'anni 46, ammalato da un anno per forma suppurativa alla parte alta dell'ileo sinistro. Fu già operato parecchie volte con incisioni e raschiamenti. Una larga porzione dell'osso è denudata e rugosa. — Intervento il 29 agosto 1905. Con un ampia incisione trasversale si mette a nudo la parte ammalata e la si reseca asportando una porzione dell'ala larga come un palmo di una mano d'adulto. È ancora in cura (25 settembre 1905). La cavità è granuleggiante, anche nei margini della resezione ossea; ed è molto ridotta. L'ammalato si alza da due settimane. Si è rimesso nelle condizioni generali. Non ha dolori.

Una trapanazione dell' ileo per migliorare il deflusso marcioso di un ascesso iliaco da carie vertebrale (Tomaselli Armando, d'anni 21, Sala S. Ignazio 99), senza vantaggio, perchè l'ammalato moriva in causa della carie 5 mesi e mezzo dopo l'intervento.

Estirpazione di un osteoma, grosso come una noce, della cresta sinistra dell'ileo. (Balzarini Innocente, operato il 21 Maggio 1902 al Padiglione Ponti). Guarigione 8 giorni.

Estrazione di proiettile dal dorso — Palla di revolver.

OPERAZIONI ESEGUITE NELL'ADDOME

Cure radicali d'ernia inguinale libera od incarcerata (Padiglione Ponti 148, Carcano 1, S. Giacomo 10, Sez. Mecc. 1, Pr. Priv. 7)	N.	167
Cure radicali d'ernie crurali (Padiglione Ponti)	„	5
Cura radicale per ernia epigastrica (Sezione Meccanoterapica)	„	1
Erniotomie per ernie inguinali strozzate (Ufficio di Guardia 9, Padiglione Ponti 12)	„	21
Erniotomie per ernie crurali strozzate (Ufficio di Guardia 10, Padiglione Ponti 2)	„	12
Occlusioni intestinali trattate chirurgicamente (Padiglione Ponti)	„	6
Gastrostomia per stenosi esofagea (Padiglione Ponti)	„	1
Gastro-entero anastomosi per stenosi pilorica neoplastica (Padiglione Ponti)	„	2
Laparatomie per ferite da punta e da taglio, d'arma da fuoco e per contusioni dell'addome (Padiglione Ponti)	„	9
Laparatomie esplorative per tumori inoperabili (Padiglione Ponti)	„	2
Laporatomia per peritonite da perforazione spontanea del tenue per carcinoma (Padiglione Ponti)	„	1
Laparatomia per peritonite tubercolare (Padiglione Ponti)	„	1
Operazioni di Talma (Padiglione Ponti)	„	2
Operazioni per appendicite (Padiglione Ponti)	„	17
Operazioni d'emorroidi (Padiglione Ponti)	»	18
Estirpazione di cisti dell'ano (Padiglione Ponti)	„	1
Cistotomia per calcoli vescicali (Padiglione Ponti)	„	2
Cistotomia per tumore vescicale (Padiglione Ponti)	„	1
Prostatectomia alla Freyer (Padiglione Ponti)	„	1
Nefropessi (Sala Carcano)	„	1
Plastica uretrale per ipospadia (Padiglione Ponti)	„	2
Plastica uretrale per fistola (Padiglione Ponti)	„	1
Uretrotomie interne (Padiglione Ponti)	„	5
Operazioni di fimosi (Pad. Ponti 3, Carcano 2, Prat. Privata 2)	„	7
Amputazione del pene per carcinoma (Padiglione Ponti)	„	1
Orchiopessi per ectiopia del testicolo (Padiglione Ponti)	„	5
Operazioni di varicocele (Padiglione Ponti)	„	15
Operazioni d'idrocele (Padiglione Ponti)	„	19
Tubercolosi della vaginale del testicolo	„	1
Orchiectomie	„	9
Estirpazione di lipoma della parete addominale	„	1
Operazione di Rasumonski	„	1
TOTALE	N.	338

LA CURA RADICALE DELL'ERNIA.

La cura radicale dell'ernia ha una parte importante in questa mia statistica operatoria e si presta a qualche considerazione, sia per la varietà dei casi che contiene, come per la natura dei metodi adoperati per la cura operativa.

Il totale delle ernie da me operate ascende a 209, così suddivise per la loro specie:

Inguinali	190	delle quali a destra	73,	a sinistra	49,	bilaterali	34
Crurali	17	»	»	7	»	8	»	1
Ombelicale	1							
Epigastrica	1							
Totale	209							

Di queste, 140 nel corrente anno, e 30 negli anni passati furono operate al Padiglione Ponti, 2 alla Sezione Meccanoterapica, 9 (strozzate) durante il servizio di Guardia, 10 in Sala S. Giacomo, 1 in Sala Carcano, e finalmente 7 appartenenti alla mia pratica privata furono operate alla Casa di Salute Parapini.

Le ernie inguinali libere ed incarcerate furono 167, le strozzate 11, le crurali libere 5, le crurali strozzate 12. Anche l'ernia ombelicale della mia statistica era strozzata.

La sproporzione, esistente fra il numero delle ernie inguinali e quello delle ernie crurali, dipende dal fatto che io ho prestato servizio chirurgico specialmente nelle Sale maschili.

Nei 140 casi di ernie operate quest'anno nel Comparto da me diretto, non ebbi a lamentare neppure un morto sebbene vi fossero comprese ben 11 ernie strozzate, delle quali 4 appartenenti ad individui al di sopra di 60 anni (uno, Sironi Clemente, ne aveva 77).

Negli anni scorsi invece ebbi a deplorare una mortalità piuttosto elevata, specialmente per operazioni di ernie crurali strozzate. Sopra 23 casi di ernie strozzate operate durante il Servizio di Guardia nel 1901 ebbi solamente 16 guarigioni.

Riguardo ai 7 decessi devo però far osservare, che in 4 casi si trattava di ernie crurali datanti da parecchi giorni con gangrena dell' intestino e consecutiva peritonite diffusa, in due altri casi si trattava di individui di 70 e di 82 anni e finalmente in un ultimo caso si trattava di un giovane deficente di mente, del quale non si sapeva nemmeno con precisione per quanto tempo fosse rimasto con un'ernia inguinale voluminosissima strozzata.

Anche fra gli operati d'ernia libera ebbi un caso di morte nel 1896, per cause però estranee all'intervento. Si trattava di un bambino, Garimoldi Celeste, d'anni 2, che stette bene nei primi giorni dopo l'operazione, e che morì poscia in 7ª giornata per una forma di gastroenterite acuta, mentre le condizioni della parte operata erano buone.

*
* *

Nella cura dell'ernia inguinale mi sono quasi esclusivamente attenuto alla tecnica Bassini, persuaso che essa rappresenta quanto di meglio si conosca come cura radicale, sia in rapporto alla cosmesi, come alla anatomia della regione. Fra i miei 190 casi di ernia inguinale infatti, ben 165 furono operati col metodo Bassini, degli altri 25, 9 furono operati col metodo Bottini, 13 col metodo Kocher, uno col metodo Mac Ewen, uno col metodo Postempski ed uno col metodo Margarucci.

Il metodo Bassini mi apparve il metodo di elezione per la maggioranza dei casi, quando cioè, non solo v' è

l'ernia, ma esistono anche lesioni più o meno estese degli orifici o del tragitto del canale inguinale, per cui conviene, onde ottenere un risultato durevole, ricostituire plasticamente il canale inguinale. Riservai il metodo Kocher soltanto a quei casi abbastanza rari, di ernie recenti, poco voluminose, non complicate da aderenze, degli individui giovani, nelle quali non vi sia sfiancamento notevole o distruzione del canale inguinale.

Questi sono i casi infatti nei quali mi sembra sia indicato il metodo Kocher, il quale più che le alterazioni anatomiche provocate dall'ernia, mi pare combatta l'ernia in sè stessa, e quindi lo si può eseguire con vantaggio, quando appunto quelle lesioni siano minime e si possa ritenere che da sè sole siano capaci di ripararsi, una volta sottratte all'elemento che ne fu la causa prima.

Il metodo Bottini, mi sembrò più specialmente indicato nei vecchi con ernie strozzate, molto voluminose, con sacchi ispessiti e nei quali le condizioni generali, spesso gravi, consigliarono d'abbreviare l'atto operativo.

Coll'applicazione di questo metodo, nei miei operati e nella scuola stessa di Bottini, ho veduto delle guarigioni buone e durature. Ma, se la grande semplicità rende questo metodo un sussidio prezioso per casi speciali, non mi pare che esso possa considerarsi come metodo di elezione.

Il metodo sovrano che oramai è stato adottato universalmente fra noi ed all'estero, pure apportandogli delle modificazioni lievi, che più sono valse a peggiorare, anzichè a migliorare la tecnica primitiva, è quello di Bassini.

Per ciò che riguarda l'esecuzione di questo metodo, mi sono attenuto scrupolosamente a quanto Bassini espone nella sua opera, avendo specialmente cura di rinforzare la parete posteriore del nuovo canale inguinale, verso la sua porzione più interna, in prossimità della guaina dei retti.

In quattro casi di ernie recidivanti, che ebbi occasione di operare e che fanno parte di questa statistica, potei osservare che sempre la recidiva era rappresentata da uno sfiancamento del canale inguinale nella sua parte più interna, immediatamente al di sopra dell'arcata di Poparzio.

Piacemi quindi trascrivere qui testualmente il terzo momento dell'operazione Bassini, così come l'espone il Clinico di Padova: ... « poscia distacco per dissezione dall'aponeurosi del grande obliquo e dal connettivo adiposo sottosieroso il margine esterno del muscolo retto anteriore dell'addome e il triplice strato formato dal muscolo piccolo obbliquo, trasverso, fascia di Cooper, fintanto che detto triplice strato riunito possa essere avvicinato senza difficoltà al bordo posteriore, isolato, della corda di Poupart. Ciò fatto, cucisco queste due parti tra loro con sutura nodosa, che corre *dalla spina del pube* fin contro il cordone spermatico ». Cominciando la sutura dalla spina del pube e comprendendo quindi in essa anche il margine del retto, Bassini tendeva appunto a rinforzare in special modo l'angolo interno della nuova parete muscolo aponeurotica.

Ho voluto fissare bene questo particolare della tecnica perchè, mi pare che è specialmente alla poca osservanza di esso che si debbono attribuire le quattro recidive che ho avuto occasione di operare.

Tanto nelle operazioni di ernia inguinale, come in quelle di ernia crurale ho sempre cercato di circondarmi dell'asepsi la più rigorosa, ben sapendo che nell'ernia più che in altre operazioni, si può andare incontro ad infezioni ed a suppurazioni, qualche volta inspiegabili e non sempre lievi, che, oltre al danno immediato portato dallo svolgimento del processo flogistico, possono preparare inconvenienti successivi, facilitando la recidiva.

La preoccupazione della suppurazione nell'ernia è del resto condivisa da tutti. — Mikulicz nel constatare il fatto, ne incolpa la difficoltà somma che s'incontra a rendere asettica la regione del pube e dello scroto, asepsi che egli dichiara irrealizzabile.

Altri ne danno la colpa alle numerose contusioni e lacerazioni di tessuti, cui l'operazione dà luogo, e che producono in essi disturbi gravi di circolo, i quali poi renderebbero facile l'attecchimento di forme infettive.

Il fatto poi che la suppurazione si accompagna sempre ad emissione di lacci di seta e non cessa se non dopo

che i lacci compresi nella parte infiammata non si sono tutti eliminati, e che anzi, caratteristica di alcune suppurazione si è quella di mostrarsi tardivamente, molto tempo dopo una guarigione per prima, sotto forma di piccoli ascessi, localizzati intorno ad uno o più lacci di seta, ascessi che si esauriscono solamente, quando i lacci sono stati del tutto eliminati, ha consigliato ad alcuni di ricorrere al catgut, oppure al filo d'oro, come materiale di sutura, ad altri di escogitare i metodi più o meno pratici di sutura amovibile (Duplay e Cazin, Ionesco, Villar, Selmi, Dasara, Cao, Faure, Gigli e Baroni, ecc.),

Come materiale di sutura usai in quasi tutti i miei casi la seta ed ottenni dei risultati discreti, contando solo 12 casi di suppurazione più o meno tardiva: dico discreti avuto riguardo al numero ragguardevole d'ernie strozzate (36) ed al fatto che nel corrente anno, in qualità di Direttore del Comparto, ho dovuto far operare sotto alla mia sorveglianza diretta anche degli assistenti che per le prime volte si addestravano nei cimenti operativi e che, prolungando ed accrescendo colle manualità incerte il traumatismo già grave dell'operazione dell'ernia, rendevano maggiore la possibilità dell' infezione. — Ho creduto però doveroso da parte mia di studiare il modo d'evitare anche quei casi di suppurazione che, mentre mettono in pericolo gli ammalati, aumentano le spese di medicazione e di spedalità, prolungano lo stato d' infermità.

E poca fiducia avendo nel catgut; che non sempre è sicuro e che si assorbisce in pochi giorni, e nei metodi di sutura amovibile che sono complicati, poco pratici, e che come il catgut, dopo 8-10 giorni debbono affidare lo sforzo necessario per mantenere chiusa la porta erniaria alla cicatrice recentissima e quindi poco resistente, pensai di ricorrere al metodo Tansini (sutura con filo d' oro) che avevo visto applicato con tutta abilità tecnica e con resultati perfetti dall'Illustre Autore, nella Clinica Operativa dell'Ateneo Pavese e che sapevo suffragato da una lunga pratica e da numerose ed esaurienti esperienze eseguite nella Clinica stessa.

Del Prof. Tansini ho voluto imitare anche la torsione dei piccoli vasi, che durante l'operazione si incontrano nel connettivo sottocutaneo, invece dell'allacciatura; per eliminare totalmente qualunque altro materiale di sutura, e la cura di mantenere lontane dal campo operativo le mani dell'assistente, mediante strumenti appositi. — Applicai questo metodo nelle ultime 12 operazioni di cura radicale, (praticate nel mese di giugno u. s.) ottenendo delle guarigioni assolute per prima, senza che nessun ammalato abbia avuto più tardi a dolersi di suppurazioni tardive. — Il filo d'oro, oltre al non inzupparsi di liquido, come i lacci di seta, ed al non costituire quindi, come questi un terreno favorevole allo sviluppo dei microorganismi, esercita, come hanno ben dimostrato le esperienze eseguite alla Clinica di Pavia, una vera azione contraria allo sviluppo dei microorganismi, (Vecchio) azione molto opportuna nella operazione dell'ernia inguinale, che si svolge su una parte difficilmente disinfettabile, nel territorio di passaggio dei vasi linfatici degli arti inferiori, nei quali possono trovarsi dei microorganismi, pronti all'invasione, appena che si presentino le condizioni favorevoli al loro sviluppo.

Per conto mio, contento dei resultati ottenuti, mi propongo di continuare in questo metodo, sicuro che l'uso del più nobile dei metalli segni un vero progresso nella cura dell'ernia.

Nè, a controindicarne l'applicazione, può valere l'obbiezione del prezzo, perchè, con una doverosa sorveglianza nell'uso, si può calcolare che la spesa complessiva del filo d'oro non deve sorpassare le tre lire per ciascuna ernia.

Fra le ernie inguinali della mia statistica meritano speciale menzione i casi seguenti, sia per il loro contenuto erniario, sia per le lesioni concomitanti:

Due casi nei quali del contenuto erniario faceva parte l' appendice:

Grassi Giuseppe, d'anni 12, ricoverato in Sala S. Giacomo per ernia inguinale irriducibile, in causa della quale il paziente andava di tanto in tanto soggetto a crisi dolorose intense. — Il tumore erniario si

presentava come un cordone, grosso poco più d'una matita, di consistenza carnea, ed occupava la regione inguino scrostale, arrivando appunto fino a metà dello scroto, si animava poco sotto i colpi di tosse e non era riducibile col taxis. — Il canale inguinale non era molto sfiancato, lasciando passare appena il dito indice. I testicoli erano in condizioni normali. — Intervento il 20 aprile 1897.

Isolato il sacco, e riconosciuto che il suo contenuto non è reducibile, lo apro e trovo un piccolo lembo di omento e l'appendice ciecale, ambedue aderenti al sacco, specialmente in vicinanza del colletto, per alcune fimbrie connettivali. L'appendice lunga. 10 centimetri, è ingrossata, specie verso la sua parte terminale. — Facendo leggere trazione su di essa, il cieco viene a far prospicenza dall'imboccatura erniaria.

Resecato l'omento, amputo l'appendice, incidendo circolarmente, la tonaca sierosa e muscolare, a 15 millimetri circa dall'imboccatura ciecale, respingendo in alto il manicotto così formato, per mettere poi in corrispondenza dalla base di esso un laccio sulla mucosa e reciderla.

Lavata la superficie mucosa cruentata con soluzione fenica al 5 %, stiro su di essa il manicotto siero muscolare e lo chiudo con due strati di sutura alla Lembert. — Cura Bassini per l'ernia. — Guarigione per prima in 10 giorni.

Saronni Giovanni, d'anni 56, viene ricoverato al Pad. Ponti, il 28 aprile 1905. È affetto da ernia inguinale destra, da quattro anni. Parecchie volte ebbe fenomeni di strozzamento, sempre dissipatisi colla riduzione dell'ernia.

Attualmente i fenomeni durano da quattro giorni (alvo chiuso vomito, dolori di ventre) e l'ernia è irriducibile. — Tumore inguinoscrotale destro del volume di un pugno, duro, dolente, irriducibile.

Previa eteronarcosi, si procede all'ernotomia. L'ernia è formata da una grossa porzione del cieco in condizioni ancora buone e dell'appendice. Questa è lunga 15 centimetri, la sua estremità è ingrossata (del volume di una nocciola), a metà della sua lunghezza presenta uno strozzamento ed è piegata ad angolo su sè stessa. Non ha alcuna aderenza col sacco

Appendicectomia. - Cura radicale Bassini. - Guarigione per prima in 12 giorni.

*
* *

L'esame microscopico fatto di ambedue queste appendici, mise in evidenza lesioni abbastanza estese dell'apparecchio ghiandolare e dell'epitelio tali da giustificare la rimozione dell'appendice. Visti i pericoli cui espone di frequente quest'organo di funzione non bene conosciuta,

alcuni chirurghi francesi procedono sistematicamente alla appendicectomia, quando per un'altra affezione chirurgica sono costretti ad aprire il ventre del paziente.

Nei casi di ernia dell'appendice vermiforme del cieco non si è in grado di stabilire a priori se le lesioni endo-appendicolari, quasi costanti, siano capaci o meno di ripararsi. — L'ablazione quindi dell'appendice devesi ritenere indicata e come complicazione dell'intervento operativo assolutamente trascurabile.

Un caso di ernia inguinale complicata a fuoruscita dell'uretere e della vescica.

De Bernardi Carlo, d'anni 32. — Ho avuto occasione di illustrare questo caso in una breve nota (Gazz. Med. Lombarda, anno LXIV, n. 9), essendomi parso specialmente interessante; e mi permetto di riassumere qui soltanto il risultato delle mie osservazioni: L'ureterocele non rappresentava in questo mio caso una lesione anatomica a sè, ma era accompagnato da ernia del tenue e della vescica. — L'ureterocistocele era al di fuori del sacco erniario e posto al suo lato supero-interno. — Mentre nella casistica raccolta dal Della Rosa (Clinica Chir. 1904), risulta che l'ureterocele predilige nell'ernia inguinale il lato destro, nel mio caso invece trovasi a sinistra. Non mi fu possibile trovare nella porzione di vescica erniata il punto di impianto dell'uretere, ed essendo inoltre esso posto quasi a cavalcioni del sacco tra questo e la vescica, si trattava della porzione pelvica dell'uretere non di quella terminata in vicinanza dello sbocco vescicale. — L'isolamento del sacco dall'uretere, la riduzione di questo assieme alla vescica nel connettivo sottoperitoneale non presentò alcuna difficoltà, nè furono seguite da alcuna turba dal lato della funzionalità vescicale o renale omolaterale. — Il paziente lasciò il servizio completamente guarito della sua ernia che fu operata col metodo Bassini.

Ernia inguino-interstiziale voluminosa, incarcerata, sinistra, complicata da criptorchia.

Carlo Zuccaro, di anni 28. — L'ernia che aveva cominciato a manifestarsi nei primi anni di vita, era andata gradatamente allargandosi fino ad assumere le proporzioni di una mammella mugliebre occupando la parte infero interna del quadrante inferiore sinistro dell'addome. — Il tumore si animava sotto i colpi di tosse, non era però riducibile. — La loggia scrotale corrispondente era perfettamente vuota. — L'anello inguinale esterno era stretto quasi, impervio, l'interno invece molto dilatato. — Il testicolo, atrofico, era riconoscibile nella porzione più interna del tumore erniario.

All'intervento eseguito il 5 maggio 1905 si riconosce che l'ernia è localizzata fra il piccolo ed il grande obliquo, che il sacco è formato dalla vaginale ed il contenuto erniario è rappresentato dal testicolo atrofico e da buona parte del grembiule omentale. che ha assunto aderenze colla vaginale stessa. — Non anse intestinali.

Nel trattamento consecutivo credetti di attenermi ai principii prettamente conservatorii. — Secondo ricerche recentissime al grembiule omentale sarebbero devolute importanti funzioni fagocitarie e circolatorie; nel mio caso trattandosi che quasi tutto l'omento era raccolto nel sacco erniario, era doveroso di provvedere alla sua conservazione malgrado le aderenze, e provvidi allo scollamento di queste mettendo lacci di seta sottili sulle parti staccate, che sanguinavano.

Ridotto l'omento, provvidi alla cura dell'ernia col metodo Bassini, alla cura del testicolo ectopico, incapucciandolo in un segmento conservato dal sacco vaginale, liberandone il funicolo e fissandolo allo scroto. Mi parve ciò opportuno, perchè quantunque atrofico questo testicolo poteva col tempo riparare al difetto di sviluppo, e perchè, anche non avendosi questa riparazione, è sempre utile conservare al paziente un testicolo *morale,* che può dare l'illusione della virilità.

Esce guarito 11 giorni dopo l'intervento.

Altri casi di ernie alquanto complicate sono:

Pagani Carlo d'anni 20, (operato il 9 Marzo 1902 ed uscito guarito dieci giorni dopo), in cui si potè riscontrare l'ernia combinata con un idrocele della vaginale del testicolo, perfettamente chiuso. Dovetti qui associare la cura alla Bergmann per l'idrocele a quella Bassini per l'ernia ed ottenni una perfetta guarigione per prima.

Torriani Amedeo, d'anni 7, si presenta al Padiglione Ponti affetto da ernia inguino scrotale sinistra ed ectopia inguinale del testicolo omo laterale, con idrocele della vaginale corrispondente, da ernia inguino interstiziale destra ed ectopia inguino crurale del testicolo destro e da fimosi. L'operazione, compiuta il 17 Maggio, consistette nella fissazione del testicolo nel fondo della fossa scrotale da ambo i lati, combinata colla cura Bassini, previa resezione della vaginale, secondo Bergmann, nel lato destro. Il fimosi venne trattato nella medesima seduta con incisione dorsale del prepuzio e successiva sutura.

Il paziente guarisce per 1° della molteplice operazione e lascia il servizio in 9ª giornata.

Colombo Paolo, d'anni 50, viene ricoverato al Padiglione Ponti per essere operato d'ernia inguinale bilaterale, non contenibile con cinto. — L'ernia è combinata d'ambo i lati con criptorchia. Dal lato destro l'ernia è congenita, a sinistra invece la vaginale del testicolo non comunica col sacco erniario.

Siccome a destra il testicolo è atrofico, quasi rudimentale e di impossibile spostamento verso lo scroto, viene sacrificato e la porta erniaria chiusa completamente con due strati di sutura. A sinistra orchiopessi e cura Bassini.

In questo caso per l'età già avanzata dell'ammalato, e per le condizioni speciali del testicolo destro, ci siamo creduti autorizzati a demolire questo testicolo, conservando quello di sinistra che era in condizioni migliori.

Dei casi analoghi in cui l'ernia inguinale era associata ad affezione del testicolo e della vaginale ed in cui potei in una sola seduta compiere la cura operativa d'ambedue le affezioni, sono i casi seguenti:

Baragoni Bartolomeo, d'anni 30, operato il 21 Aprile 1905 e partito il 30 Aprile; Vismara Gregorio, d'anni 18, operato il 6 Giugno 1905 e partito il 27 Giugno e Marcaletti Giuseppe, d'anni 22, operato il 17 Giugno 1905 e partito il 27 Giugno, nei quali vi era ernia e varicocele omolaterale:

I casi riguardante Vanotti Carlo, d'anni 24, operato il 31 Maggio 1905 e partito il 9 Giugno nel quale oltre l'ernia vi era idrocele della vaginale; Casanova Enrico, d'anni 16, operato il 23 Maggio e partito il 1° Giugno, nel quale esisteva un ernia inguino - interstiziale con atresia dell'anello inguinale esterno e criptorchismo inguinale (cura Bassini ed orchiopessi).

*
* *

Nei cinque casi di ernia crurale libera da me operati, applicai tre volte il metodo Bassini che, come dice l'autore si prefigge di « ripristinare nel modo più prossimo alle condizioni normali l'imbuto crurale » due volte quello di

Novaro-Salzer, mobilizzando un lembo dell'aponeurosi pettinea per chiudere l'anello.

Presenta un certo interesse il caso di ernia epigastrica da me operato perchè dipendente da infortunio sul lavoro, riconosciuto come tale anche dalla Società d'Assicurazione, presso cui l'ammalato era assicurato, la Cassa Nazionale.

Si trattava di un certo Barsanti Francesco, d'anni 28, addetto ai lavori del Sempione, che notò l'insorgenza del l'ernia in seguito ad un sforzo nel sollevare un peso. Lo vidi il 14 Ottobre 1903, più d'un mese dopo il trauma.

Si trattava di un tumore grosso come un uovo di piccione, ubicato mezzo ctm. a sinistra della linea mediana, 3 ctm. sotto l'apofisi xifoide. I caratteri erano quelli comuni di un tumore erniario.

Era causa di dolori gastralgici irradiati agli ipocondrii, disturbi dispeptici e qualche volta vomito. — All'intervento si riconobbe trattarsi di un piccolissimo diverticolo peritoneale, coperto di grasso.

Si fece l'escissione del sacco e la sutura a tre strati della parete. Guarigione in 10 giorni. Scomparsa dei fenomeni riflessi.

ERNIE STROZZATE.

Della mia statistica fanno parte 34 casi di ernie strozzate delle quali sono:

inguinali . . .	21
crurali	12
ombelicali . . .	1
Totale	34

Ho già notato come in queste ernie io conti una mortalità piuttosto elevata (7 casi). — Ho detto però che i 7 decessi sono specialmente devoluti al ritardo frapposto nell'invio degli ammalati all'ospedale, per cui in ben 4 casi d'ernia crurale si aveva già gangrena dell'intestino nel punto strozzato, con peritonite in atto. — Interrogando gli ammalati

ho potuto poi convincermi che il ritardo nel domandare il soccorso chirurgico, per la maggior parte dei casi, era dovuto alla speranza di poter ridurre l'ernia col taxis, come era loro capitato altre volte: perdita di tempo nei tentativi dell'ammalato prima, poi di qualche famigliare e finalmente del medico chiamato all'ultimo momento.

Se l'operazione del taxis trova ancora oggidì le sue indicazioni, dobbiamo per altro ritenere che esse siano molte ristrette.

È noto che nell'ernia crurale l'intestino va più rapidamente incontro allo sfacelo che non in quella inguinale, e Reclus dice che, se un ernia crurale può già subire lo sfacelo dopo 10-12 ore, l'ernia inguinale invece può essere strozzata per 48 ore, senza che l'intestino si necrotizzi.

In uno dei miei casi di ernia crurale si era avuta gangrena e perforazione intestinale in meno di 12 ore, (Locatelli Rosa d'anni 48).

Ma i limiti di tempo che possono preparare lo sfacelo sono legati ad altri fattori importanti, così la natura dello strozzamento, il volume dell'ernia, l'età dell'individuo, possono influire sullo sfacelo più o meno rapido dell'ansa erniata. Ed anche questi altri elementi non sono bene presumibili, quando ci si presenta un individuo affetto da ernia strozzata. — Aggiungendo al pericolo di uno sfacelo precoce, quello non molto infrequente della riduzione in massa dell'ernia, che io stesso ebbi occasione di constatare in due casi, che esamineremo parlando dell'occlusione, si comprende come al giorno d'oggi si debba essere assolutamente partigiani della cura radicale immediata, e riservare i tentativi di taxis soltanto per ernie recenti, nelle quali lo strozzamento sia avvenuto qualche ora avanti soltanto, in cui non si osservino fenomeni locali (edema, rossore ecc.) di natura infiammatoria.

Ma tale indicazione mi pare ancora debba limitarsi agli individui vecchi, denutriti, nei quali l'operazione assume una certa gravità, per possibili complicazioni polmonari, oppure agli individui indeboliti da pregresse albuminurie, da affezione d'indole generale.

L'intervento dev'essere precoce e rapido; i casi di morte infatti da me osservati sono d'attribuirsi o ad una peritonite settica, già in atto prima dell'intervento, oppure a fenomeni d'intossicazione, di stercoemia per cui i pazienti, già in condizioni generali gravi, non riuscirono a sollevarsi malgrado il ristabilimento della permeabilità intestinale.

In tre dei miei operati di ernia strozzata, ch'ebbero a morire, potei coll'autopsia mettere in evidenza le condizioni locali buone più o meno progredite nella cicatrizzazione a seconda dell'epoca, in cui era avvenuta la morte.

La grave intossicazione da assorbimento del contenuto putrido e dei prodotti di decomposizione, hanno trovato in questi individui un terreno già indebolito dalle condizioni generali cattive (uno, Fusetti Innocente, d'anni 21, era un idiota, e gli altri individui d'età avanzata, Casati Matilde, d'anni 82 e Merati Maria, d'anni 70).

Quando uno strozzamento erniario ha durato per un certo tempo, può determinare, in individui vecchi e debilitati, la morte per cachessia, anche dopo la guarigione chirurgica delle parti. — Ciò ho osservato io stesso per due dei miei ammalati; uno (Albertoni Luigi, d'anni 73), morto in 14ª giornata dall'intervento; l'altro (Cazzaniga Mario, d'anni 74), 40 giorni dopo.

Come ho detto in 4 dei miei operati d'ernia crurale strozzata, trovai gangrena dell'intestino e peritonite diffusa.

Procedetti alla resezione delle parti mortificate per un estensione variabile da 8 a 15 centimetri a seconda dei casi, alla fissazione dell'ansa stessa in prossimità della ferita operatoria, al lavaggio asettico della cavità peritoneale, al zaffamento, al drenaggio, all'ipodermoclisi, alla iniezione endovenosa, ma invano. — L'esito letale fu per mio conto sempre d'attribuirsi al ritardo frapposto ad inviare i pazienti all'ospedale, ed ai tentativi di taxis, praticati tardivamente, quando l'ansa era già gangrenata, e facile quindi la rottura della parete intestinale coi fenomeni gravi che ne seguono.

Dicevo più sopra che l'intervento dev'essere rapido, tenuto conto dello stato di shock in cui si trovano gli

ammalati, del bisogno di restituire il circolo intestinale rapidamente *ad pristinum*. — Questa necessità mi ha indotto ad adottare nella cura delle ernie inguinali strozzate il metodo Bottini, che usai con successo in 9 dei miei operati.

Rapida scopertura e riduzione dell' ernia — semplice chiusura a borsa di tabacco del sacco, oppure sua chiusura e recisione — unico piano di sutura profonda — sutura della cute.

Usai questo metodo specialmente in casi di ernie già da parecchio tempo strozzate e nelle quali malgrado che l' intestino non presentasse segni di sfacelo, tanto da permetterne l' immediata riduzione, pure le condizioni del malato erano tali da consigliare la massima rapidità nella operazione. Negli altri casi in cui tali condizioni non esistevano praticai sempre il metodo Bassini e come prova solo una volta quello di Postempski.

Nell' ernia crurale strozzata mi limitai nei casi gravi alla semplice chiusura ed escisione del sacco, negli altri aggiunsi la chiusura dell' imbuto crurale col metodo Bassini.

Nell' ernia ombelicale strozzata, occorsami, molto voluminosa (Mascheroni Maria, d' anni 46), feci l' escissione del sacco, la sutura a strati del peritoneo, dell' anello, della cute.

OCCLUSIONE INTESTINALE.

Ebbi occasione di operare *sei casi d'occlusione intestinale*, con due morti. — In quattro di essi si trattava di occlusione acuta con fenomeni imponenti, negli altri due si trattava invece di occlusione cronica per briglie cicatriziali e per aderenze che stenosavano l' intestino. Siccome mi pare che ciascuno di questi casi presenta dal punto di vista clinico un certo interesse, mi permetto di parlarne un po' diffusamente.

Occlusione intestinale da ernia ridotta in massa — Laparotomia — Guarigione.

Maramonti Giuseppe, d'anni 68, contadino, entrato al Padiglione Ponti il 5 aprile 1901.

Nulla di notevole nel gentilizio nè negli anamnestici.

Racconta che da anni era affetto da ernia inguinale libera destra (grossa come un uovo di oca) la quale, quantunque contenuta mediante cinto, faceva facilmente procidenza dall'orifizio e facilmente poteva essere ridotta. Due giorni prima del suo ingresso nell'ospedale, si era avuta, dietro un leggero sforzo, la solita formazione del tumore, erniario da lui subito, senza dolore e facilmente, ridotto, come di solito. — Da quel giorno però l'ammalato non era stato più bene.

Poco a poco erano insorti dolori di ventre, timpanismo, alvo chiuso anche ai gas, vomito, dapprima biliare, poi fecaloide.

Il medico curante dopo avere somministrato purganti; enteroclismi, senza vantaggio, giustamente allarmato lo aveva mandato all'ospedale.

All'esame si riscontra :

Individuo di costituzione robusta, d'aspetto però molto sofferente. — Pelle livida. — Respiro frequente e breve. — Polso frequente a 102. — Temperatura 37,6. — Volto affilato, occhiaie pronunciate.

Lingua secca, fuligginosa. — Nulla di speciale al torace.

Addome molto teso, timpanico. — Le anse intestinali si disegnano sulla parete addominale, lasciando vedere di tanto in tanto dei movimenti di peristalsi. — Dolore spontaneo alla pressione, specie nella fossa iliaca destra, dove però, dato il timpanismo, non si palpa niente di speciale. — Nessuna zona ottusa.

All'esame i canali inguinali si riscontrano completamente liberi, permeabili, il destro più largo del sinistro. Approfondando il dito in essi non si percepisce nella profondità alterazione alcuna speciale. Nulla all'esame rettale.

Si emette il sospetto di ernia ridotta in massa e si interviene lo stesso giorno.

Laparotomia sottombelicale lungo il margine esterno del retto anteriore di destra. — Aperta la cavità addominale si constata la presenza nella fossa iliaca di una resistenza anormale, di un tumore grosso come un uovo di oca, che esaminato più attentamente venne riconosciuto per un tumore erniario strozzato in corrispondenza del colletto e ridotto nella cavità addominale.

Sbrigliata la parte strozzante ed aperto il sacco si riconosce che l'ernia era rappresentata da un'ansa del tenue e da porzione d'omento. — Condizioni buone dell'ansa e del peritoneo. — Chiusura alla base del sacco dalla cavità addominale, sua escisione. — Mediante pannolini di garza si assorbe e si porta fuori un mezzo litro di liquido

sieroso torbido che si trova nel fondo del ventre. — Chiusura a strati della cavità addominale. — Ipodermoclisi. — Andamento ottimo consecutivo. — Guarigione per prima. — L'ammalato sorte guarito il 3 maggio 1901.

Occlusione intestinale da ernia ridotta in massa — Gangrena dell'intestino — Laparotomia — Enterorrafia — Morte in terza giornata per colasso.

Pirotta Francesco, d'anni 42, contadino, entra al Padiglione Ponti il 18 luglio 1905.

Racconta di essere affetto, da una ventina d'anni, di ernia inguinale destra, che non gli ha mai dato disturbi speciali, nemmeno negli ultimi tempi.

Da tre giorni ha cominciato ad avvertire dolori, iniziatisi a detta dell'ammalato nella parte alta e mediana del ventre, non in seguito ad uno sforzo, nè ad un improvviso aumento del tumore erniario. — Da due giorni alvo chiuso. — Non brividi, nè febbre. — Ha avuto vomito. — Ha singhiozzo da qualche ora. — Individuo piuttosto gracile. — Aspetto sofferente. — Respiro frequente. — Polso a 100. — Temperatura 37,6. — Addome globoso, meteorico, poco dolente alla palpazione; nulla di speciale alla esplorazione delle fosse iliache.

Presenta alla regione inguinale destra un tumore erniario grosso come un uovo di gallina, che è timpanico, poco dolente, anche alla pressione, che può essere facilmente ridotto, senza però che nella riduzione si risvegli il gorgolio speciale della riduzione d'un enterocele. — Tolta la pressione esterna l'ernia torna a riprodursi. Nulla all'esame rettale.

Interrogato più precisamente l'ammalato sul modo di presentarsi dei dolori, egli insiste nel localizzare sempre alla parte mediana ed alta del ventre tale insorgenza, nel non riferirla ad una improvvisa formazione del tumore erniario.

Siccome non è ancora stato praticato alcun rimedio per tentare l'evacuazione dell'intestino, si applicano nella sera, prima un enteroclisma di olio, poi il clistere elettrico.

Si ha una modica scarica poltacea che ci autorizza ad attendere qualche ora, nella speranza che il circolo si ristabilisca completamente da se. Non avverandosi ciò, intervengo al mattino successivo, al più presto.

Etero narcosi.

Malgrado i pochi sintomi di ernia ridotta in massa si pratica l'incisione nel quadrante inferiore destro lungo il margine esterno del retto anteriore. — Aperto il peritoneo, esplorando verso l'anello interno di destra si riconosce che nei tentativi di riduzione dell'ernia questa entra nella cavità addominale in massa assieme al suo sacco, rimanendo però sempre strozzata in corrispondenza del colletto.

Erniotomia dalla cavità addominale. — Il sacco erniario contiene omento ed un ansa del tenue. Questa si presenta gangrenata in un punto che corrisponde al colletto del sacco.

Enterorrafia parziale. - Escissione dell'omento, che era alterato e che aveva valide aderenze al sacco.

Il peritoneo è congesto, alterato — Rilevante raccolta sieroso-torbida, endoperitoneale, che si vuota.

Si riduce l'ansa strozzata mantenendo la porzione che è sede dell'enterorafia in vicinanza della ferita chirurgica della parete. — Si zaffa alla Miculicz in parte, ed in parte si chiude la breccia laparotomica.

Ipodermoclisi un litro.

Dopo l'intervento le condizioni generali migliorano. — Il polso si fa valido, il respiro meno frequente, la temperatura è la mattina dopo 36,6. — Si hanno scariche alvine abbondanti.

Tale miglioramento si mantiene per più di 48 ore. — Viene rinnovata la medicazione riscontrando buone le condizioni locali.

Improvvisamente in terza giornata l'ammalato è preso da colasso, respiro breve, frequente e superficiale, polso piccolo a 130.

A nulla valgono le iniezioni eccitanti, l'ipodermoclisi, l'iniezione endovenosa di soluzione fisiologica.

Muore 60 ore dopo l'intervento.

All'autopsia si riscontrano, oltre a segni di peritonite adesiva, segni di arterio sclerosi, cuore grasso, flacido, alterazioni croniche del fegato e dei reni. La sutura intestinale tiene bene.

Occlusione intestinale da volvolo — Laparotomia — Svolgimento dello strozzamento — Morte per colasso.

Arosio Giovanni, d'anni 44, viene trasportato al Padiglione Ponti il 17 agosto 1902

Ebbe a soffrire altre volte di disturbi addominali, mai però gravi. — Tre giorni prima, senza causa apprezzabile ed improvvisamente, era stato preso da dolori di ventre, che si fecero atroci, che si associarono presto a vomito, dapprima biliare, poi fecaloide, a tumefazione notevole del ventre. — Alvo chiuso. — Poca febbre.

Quando entra all'ospedale è in istato gravissimo. — Polso frequente, depressibile, respiro affannoso. — Faccia ippocratica, lingua arida. — Addome molto teso, timpanico. — Somministrati senza effetto i sottrativi, si passa alla laparotomia.

Lo stomaco e buona parte del tenue sono oltremodo distesi. — Seguendo l'ultimo si arriva su di un punto nella profondità del cavo addominale, dove un'ansa fa un mezzo giro su sè stessa e si è strozzata.

Si scioglie lo strozzamento e si vede che la parte dapprima afflosciata dell'intestino si rigonfia. — Chiusura del ventre. — Ipodermo-

clisi. — Eccitanti. — Malgrado però tutte queste cure l'ammalato non si rianima e muore nella giornata.

All'autopsia si riscontra che l'occlusione era stata svolta, che non vi era, nè lesione intestinale, nè versamento endoperitoneale; che la morte era adunque da attribuirsi più che ad altro al ritardo dell'intervento.

Occlusione intestinale da ostrusione — Ano contro natura — Successiva chiusura alla Chaput — Guarigione.

Maggioni Alessandro, d'anni 59, contadino, entra all'ospedale Maggiore il 3 luglio 1905.

Nulla di notevole di anamnestico all' infuori di una certa tendenza alla stipsi.

Un anno prima. pare in seguito ad un periodo di stipsi prolungata, ebbe ad accusare inappetenza, bocca asciutta, gonfiezza notevole, dolori di ventre, senza localizzazione speciale ed insorti poco a poco, non vomito, non singhiozzo, non brividi, ne febbre.

Il tutto si sarebbe dissipato in un paio di giorni, in seguito a somministrazione di drastici.

Da allora nulla di notevole fino a pochi giorni prima del suo ingresso all'ospedale.

In seguito a coprostasi prolungatasi per qualche giorno, si ebbe il 1 luglio insorgenza improvvisa di forti dolori di ventre, che lo obbligarono a smettere immediatamente il lavoro. — Non innalzamento febbrile. — Non vomito, ne singhiozzo. — I dolori andarono aumentando e si accompagnarono a graduale tumefazione del ventre.

Quando io lo vidi il pomeriggio del 5 Luglio erano già stati tentati i purganti, gli enteroclismi, il clistere elettrico, l'iniezione di 1|2 milligrammo di atropina senza poter scaricare l'alvo, nemmeno una volta. — Temperatura 38. — Polso a 110. - Respiro affannoso e frequente. — Aspetto molto sofferente. — Lingua asciutta, fuligginosa. — Ventre dolente, enormemente tumido, a botte; le anse si disegnano marcatamente sulla parete addominale. Non dolorabilità localizzata, ne indurimenti palpabili nell'esplorazione addominale.

All'esplorazione digitale l'ultima parte del retto si presenta libera. Ha avuto singhiozzo e vomito fecaloide nella giornata. All' esame delle urine non zucchero, ne albumina; indacano in quantità discreta.

L'ammalato che è inquieto e si sente oltremodo indebolito, è deciso a qualunque operazione pur di liberarsi delle condizioni sue gravi.

Nel sospetto di un ileo da ostruzione e nella necessità di un soccorso chirurgico impellente si decide per l'ano iliaco che si pratica nella fossa iliaca sinistra, con un taglio di 5 cent. dell'addome, prendendo e fissando con due strati di sutura, la prima ansa distesa che mi capita sottomano.

Da una piccola breccia, praticata nell'ansa fissata, si ha esito di due litri di feci poltacee con grande sollievo dell'ammalato. — Ipodermoclisi gr. 800 — Medicazione. — Altre perdite fecali abbondantissime dalla fistola nella notte.

La tensione del ventre va gradatamente diminuendo e dopo due giorni compaiono anche scariche alvine di feci indurite, mercè l'applicazione di enteroclismi.

L'esame praticato a ventre affatto afflosciato, non ci rileva la presenza di alterazione alcuna endo-addominale. Le scariche si vanno facendo più abbondanti dall'orificio naturale e man mano diminuendo dalla fistola.

Finalmente, dopo 23 giorni, ridiventato affatto regolare l'alvo, l'ano contro natura viene chiuso mediante il processo per abrasione alla Chaput, e dopo altri 16 giorni, colla fistola completamente cicatrizzata e la defecazione affatto regolare, l' ammalato abbandona l'ospedale per portarsi a domicilio. Gli abbiamo raccomandato di prendere qualche purga di tanto in tanto e di farsi vedere da noi alla minima avvisaglia. Non avendolo mai visto dobbiamo arguire che stia benone.

Occlusione intestinale cronica per briglie cicatriziali stenosanti l'intestino (esiti di peritonite) — Laparotomia — Escisione delle briglie — Guarigione.

Frigerio Paolo, d'anni 17, falegname di Seregno. — Entra al Padiglione Ponti il 27 Febbraio 1905.

I suoi mali si erano iniziati tre anni prima con fenomeni addominali gravi. — Ebbe febbre, preceduta da brivido, vomito per parecchi giorni, dolori forti di ventre, specialmente localizzati nella fossa iliaca destra. — Addome tumido. — Fu obbligato a letto per due mesi. — Da allora al minimo disordine ha ripetizione dei fenomeni dolorosi addominali, accompagnati da tumefazione del ventre, da alvo chiuso, da nausea e vomito. — Tali fenomeni, generalmente, cessano dopo un paio di giorni e dopo somministrazione di purganti e clisteri.

L'ammalato si trova impossibilitato al lavoro ed è deciso a farsi operare pur di liberarsi dei suoi incomodi.

È individuo di costituzione gracile.

L'esame generale nulla rivela di notevole se non una permanente distensione addominale, frequenti borborigmi, una maggiore dolorità alla pressione ed un legger senso di intasamento nel quadrante inferiore destro — Nulla all'esame delle feci e delle urine.

All'ospedale quantunque mantenuto con dieta rigorosa ed a letto, ha avuto una volta in 15 giorni ripetizione di fenomeni addominali (vomito, dolori di ventre, alvo chiuso).

Intervento l'8 marzo 1905.

Incisione sottombelicale lungo il margine esterno del muscolo retto anteriore di destra. — All'apertura del peritoneo si notano aderenze delle anse intestinali e briglie cicatriziali, specialmente sull'ultima parte del tenue e sul cieco.

Non è possibile riconoscere l'appendice vermiforme. — Un cordone cicatriziale grosso e lungo 15 centimetri fa pressione sull'ultima parte del tenue. — Viene asportato e con lui altre briglie cicatriziali, che sono tese fra le anse intestinali, alle quali parzialmente aderiscono.

Sembrandoci di avere con ciò migliorate le condizioni del circolo intestinale, e forse levata totalmente la causa dell'occlusione cronica, si chiude la cavità addominale. — L'ammalato si rimette rapidamente e dopo 14 giorni lascia l'ospedale. Mangia, digerisce bene; e fin dove arrivano le mie informazioni, un mese dopo la lesione, non ha avuto altri fenomeni addominali.

Occlusione intestinale cronica per aderenze multiple delle anse (esito di peritonite) — Laparotomia — Entero-anastomosi — In cura (11ª giornata).

De Vecchi Giovanni, d'anni 46, di Milano, entra al Pad. Ponti il 28 agosto 1905.

Nulla di notevole nel gentilizio, ne nell'anamnesi fino a 3 anni fa.

In seguito a disturbi caratterizzati da dolori di ventre, da febbre preceduta da brividi, da abbattimento generale, da tumefazione nella fossa iliaca destra, da vomito, che si continuarono per sei giorni e che lasciarono uno strascico di debolezza grave e di malessere generale per due mesi, l'ammalato va soggetto ad epoche vicine ed in seguito a disturbi minimi dietetici a crisi di vomito, dolore e tumefazione di ventre, alvo chiuso. Il tutto si dissipa colla dieta rigorosa, col riposo, con purganti. — All'ultima repetizione di tali disturbi (5 giorni prima) si decise di venire all'ospedale.

Individuo di costituzione generale regolare, molto emaciato.

Nulla di notevole all'esame generale, all'infuori di una leggera tumefazione del ventre. Nel quadrante addominale inferiore destro inoltre si palpa a metà fra la spina iliaca e l'ombelico un tumore grosso come un uovo di gallina, duro, discretamente spostabile, poco dolente alla pressione. Nulla all'esame delle feci e delle urine.

Intervento il 14 settembre 1905.

Incisione sottombelicale lungo il margine esterno del retto anteriore di destra. — Aperta la cavità addominale si nota che la fossa iliaca destra è occupata da anse del tenue e dal cieco fra loro aderenti, fissi, formando una vera matassa insuperabile. — A gran fatica si scopre il cul di sacco del cieco, tutto ricoperto da anse del tenue aderenti e da tessuto cicatriziale, che dava all'esame esterno l'impressione di tumore resistente.

Impossibile arrivare sull'appendice a meno di arrischiare qualche lesione intestinale.

Le tenaci aderenze, che tengono conglobati almeno un paio di metri del tenue, devono ostacolare grandemente la circolazione fecale. — E nell'impossibilità di sciogliere, si decide di praticare una entero-anostomosi laterale, fra la porzione del tenue e del colon ascendenti, prossimali a tale massa intestinale, entero-anastomosi che viene eseguita con due strati di chiusura, l'interno colle agrafe di Michel l'esterno con sutura continua in seta.

L'ammalato ha avuto una prima scarica in 5ª giornata, poi successivamente sempre scariche giornaliere fino ad oggi. — I punti furono levati in 9ª giornata constatando completa cicatrizzazione per prima della ferita. — L'ammalato potrebbe considerarsi già guarito dall'operazione chirurgica (25 settembre 1905) se non fosse intervenuta una forma di catarro bronco-polmonare febbrile a disturbare l'andamento dalla 7ª giornata.

Come risulta dall'esposizione fatta, l'occlusione intestinale acuta era nei miei ammalati data, due volte da ernia ridotta in massa, una da volvolo, un'altra con tutta probabilità da ostruzione intestinale da parte di materie fecali indurite. — Sebbene l'intervento fosse stato sempre applicato e non, per colpa mia, tardivamente, potei ottenere due guarigioni.

Senza poter dare un eccessivo valore alla mia limitata statistica, mi compiaccio nell'idea che la mortalità nei miei casi è stata certamente inferiore a quelle esposte da altri. Obalinski ebbe il 34,5 % di guarigioni in 110 casi operati. Farquhar Curtis sopra 328 operati, dà una mortalità del 68,9 %.

L'intervento ideale nelle occlusioni intestinali, che è quello di aprire l'addome e di andare alla ricerca della causa occludente per smoverla, io praticai in tre dei miei casi, raggiungendo sempre lo scopo, di trovare e svolgere la parte strozzata.

Nel 4° caso, sospettando una forma da ostruzione interna per accumulo fecale, ed anche per le condizioni gravi dell'ammalato, stimai di limitarmi prudentemente all'apertura di una porta di scarico per l'intestino, preparando un ano iliaco. L'andamento consecutivo ha dato ragione alla mia condotta. — Certo anche per l'occlusione intestinale sarebbe

consigliabile che gli ammalati venissero mandati al più presto all'Ospedale, per poterli al più presto sottoporre a cure energiche incruente e ricorrere ancora per tempo al trattamento chirurgico, quando le cure mediche si sono dimostrate inefficaci.

Da una statistica fatta dal Naunyn, su 288 casi di laparotomia per ileo, risulta che i migliori risultati si ottengono con le operazioni eseguite al I° ed al II° giorno dopo l'inizio della forma.

Nelle operazioni eseguite al 3° giorno la cifra delle guarigioni scende nella statistica del Naunyn alla metà, andando cioè dal 70 % al 34 %. E finalmente negli stadii più avanzati, con notevole meteorismo e con cattive condizioni delle forze dell'ammalato, l'esito dell'operazione è generalmente sfavorevole.

Ma siccome le cure mediche possono sortire dai risultati buoni, tanto che Goltdammer ha potuto ottenere il 30 % di guarigioni in ammalati trattati colla cura aspettante, incombe a mio credere al chirurgo il tentare sempre la cura medica, prima di ricorrere all'intervento.

Sono riuscito due volte col clistere elettrico ad ottenere la completa guarigione di fenomeni gravi da occlusione, fenomeni che, in caso di insuccesso delle cure mediche, avrebbero imposto la cura chirurgica immediata.

Anche pel Pirotta ho creduto doveroso un tentativo incruento, malgrado fosse già da 3 giorni in preda all'ileo, perchè quel tentativo non era ancora stato attuato, e ciò mi ha fatto perdere del tempo prezioso, rimandando dalla sera alla mattina l'atto operativo.

Negli altri tre invece, nei quali erano state già praticate cure mediche energiche, intervenni sollecitamente appena mi potei fare un giusto criterio della malattia ed appena presi i dispositivi per l'operazione.

Nei due casi di occlusione cronica, come abbiamo visto, si trattava di esiti di peritonite, con tutta probabilità insorta in seguito ad appendicite che aveva occasionate briglie cicatriziali ed aderenze stenosanti l'intestino. — In un caso mi parve possibile la liberazione delle anse, ed il

ripristino della circolazione intestinale mediante escissione di briglie cicatriziali, nell'altro credetti opportuno il praticare una nuova strada di circolazione fecale mediante un enteroanastomosi nelle anse immediatamente a monte ed a valle delle porzioni intestinali alterate.

OPERAZIONI SULLO STOMACO.

Le mie operazioni sullo stomaco sono tre; *una gastrostomia alla Witzel e due gastroentero-anastomosi posteriori alla von Hacker.*

La prima fu eseguita per stenosi esofagea, da ingestione di caustici.

Si trattava di certo Induno Antonio, d'anni 28, selciatore di Arago che nell'agosto 1904, pare a scopo suicida, ingoiava dell'acido solforico. — Passata la fase acuta delle causticazioni, avvertì difficoltà nella deglutizione dei cibi, difficoltà che andò sempre aumentando.

Quando fu ricoverato al Padiglione Ponti, il 29 marzo corrente anno, da 3 giorni non poteva deglutire nemmeno i liquidi.

L'Induno è un giovanotto di costituzione sana e robusta, sebbene un po' emaciato per deficiente nutrizione. — All'esplorazione esofagea si riconosce che la stenosi cicatriziale è localizzata a 25 centimetri dall'arcata dentaria.

Dopo insistenti tentativi si riesce a far passare una minugia fino nello stomaco, ma la stenosi fibrosa, dura, resiste a tutti i nostri sforzi, a tutti i nostri tentativi di dilatazione graduale.

L'ammalato, a periodi nei quali poteva ingoiare le sostanze liquide, aveva intercalati dei periodi nei quali non poteva prendere sostanza alcuna ed allora bisognava provvedere con clisteri nutrienti e con clisteri d'acqua, contro la fame e la sete.

Siccome l'esame dell'esofago non poteva essere fatto che con minugie, non mi riusciva di stabilire, se la stenosi fosse localizzata in un punto solo, a 25 cent. dall'arcata dentaria, oppure andasse più in basso.

Allo scopo di precisare questo fatto e di deviare il corso del cibo per qualche tempo, se le condizioni si fossero prestate per una esofago plastica, oppure di stabilire una gastrostomia permanente, se un tentativo di cura radicale fosse stato impossibile, divisai di aprire lo stomaco (25 aprile 1905).

Laparotomia sopraombelicale, lungo il margine esterno del retto anteriore di sinistra, prolungata poi in alto lungo il margine costale

fino all'appendice xifoide. — Riconoscimento ed estrazione dello stomaco. — Incisione orizzontale della sua parete anteriore, lunga 8 cent., a metà fra grande e piccola curvatura.

Fatta la gastrostomia, entro col dito indice nello stomaco dirigendolo verso il cardias, senza poterlo riconoscere. Solamente riesco a rintracciarlo colla punta del dito medio introdotto pur esso successivamente nello stomaco. — Riesco a far passare una minugia attraverso all'orificio cardiaco, quindi una oliva che si ferma a 5 centimetri dal cardias, contro un secondo indurimento cicatriziale duro, insuperabile, anche coll'oliva più piccola.

Si trattava adunque di stenosi multiple esofagee, la cui cura radicale avrebbe necessitate operazioni molteplici ed a parer mio irrealizzabili. — Viste le condizioni già molto scadute del paziente, mi accontentai di stabilire una gastrostomia, per la quale ricorsi al metodo di Witzel.

Feci in seguito nuovi tentativi di dilatazione graduale, ottenendo ben poco. — Non mi sentii di praticare la esofagotomia interna, operazione cieca e, come è noto, gravida molte volte di pericoli grandissimi.

L'ammalato, che ha voluto lasciare l'ospedale un mese e mezzo dopo l'intervento, è venuto a trovarmi proprio in questi giorni (fine settembre).

Le condizioni sue generali sono molto migliorate, la fistola gastrica è ben contenente. Si nutre esclusivamente dalla fistola.

Ebbi occasione di eseguire due gastroenterostomie posteriori alla von Hacher per stenosi pilorica da neoplasma.

Nel primo caso si trattava di certo Pastori Alessandro, d'anni 53, fuochista di Legnano. — Entra al Pad. Ponti il 25 maggio 1905. — I disturbi datavano da un anno.

Individuo molto emaciato. — Senso di pirosi e di crampo a stomaco pieno, vomito che si ha dopo i pasti, nella notte ed anche al mattino seguente. — Dopo il vomito sta meglio. — Tumore grosso come un uovo di gallina nella metà destra dell'epigastrio, disposto trasversalmente, duro, poco spostabile.

Il pasto di prova da cm.^{3} 300 di liquido poltiglioso, biancastro, acido, che si deposita in tre strati. Assenza di acido cloridrico. — Presenza di acido lattico. — Nulla nelle orine.

Si decide l'apertura della cavità addominale per constatare *de visu* la natura del tumore e fare la resezione dello stomaco se si tratta di neoplasma ancora estirpabile in toto, oppure una semplice gastroentero anastomosi, se ciò non è possibile.

Laparotomia mediana sopra ombelicale (3 luglio 1905). Si riscontra un tumore occupante metà dello stomaco, il piloro, il duodeno fino al pancreas, pure incluso. Numerose ghiandole infiltrate. Non mi parve

quindi opportuno tentare una operazione radicale e mi limitai alla gastroenterostomia posteriore alla von Hacher, con due strati di chiusura, l'interno fatto colle *agrafes* di Michel, secondo il sistema del Collega Dr. Crosti, l'esterno con sutura continua in seta sottile. Il decorso post operativo fu dei più benigni. Il paziente lasciò il Pad. Ponti in condizioni generali migliorate, un mese dopo l'intervento. Le ultime notizie datano dal mese scorso (agosto). Non ha più vomito, si nutre bene e si è rimesso anche nel generale.

Più gravi ancora erano le condizioni del secondo paziente, Santagostino Francesco, d'anni 57, di Besate (operato il 27 giugno 1905) in cui aperto l'addome, si riscontrò un grosso tumore del piloro, che ne serrava il lume, che abbracciava anche il duodeno ed il pancreas, mentre già aveva inviato numerosi nodi metastatici nelle ghiandole mesenteriche.

Anche in questo caso la cura radicale era impossibile, mi limitai quindi alla gastroenterostomia posteriore alla von Hacher.

Il decorso post operativo non fu turbato da vomito, ne da complicazioni di altro genere; l'ammalato però morì in 5ª giornata, con tutti i sintomi del colasso e della cachessia cancerigna, giunta al suo grado estremo. La gastroenterostomia non potè quindi in questo secondo caso neppure esplicare la sua azione palliativa solita.

Ambedue gli ammalati furono inviati troppo tardi per la cura chirurgica.

Nove laparotomie per ferite da punta e taglio, contusioni, ferite d'arma da fuoco, penetranti nell'addome.

Eseguii una laparotomia per ferita da punta e da taglio nel 9° spazio intercostale sinistro con lesione del diaframma e fuoruscita d'omento, nell'ammalato Oggioni Luigi, d'anni 27, con esito felice, quantunque al momento dell'intervento esistessero già segni di incipiente flogosi peritoneale.

Ho creduto utile il rendere di pubblica ragione questo caso, non privo d'interesse, per la condotta operativa da me seguita, che si differenzia da quanto viene dalla generalità degli autori proposto nella cura di queste lesioni. (Clinica Chirurgica 1905. Contributo alla cura delle ferite diaframmatiche).

Non istarò quindi a ripetere qui il caso, ne le ragioni che mi indussero a praticare la laparotomia, invece che la toracotomia. — Dirò solo che mi riuscì facile suturare una

ferita del diaframma, della lunghezza di 3 centimetri, localizzata nella parte mediana del diaframma, in vicinanza dell'estremo sinistro del fegato, aggiungendo alla laparotomia obliqua, parallela all'arco costale sinistro, una incisione longitudinale delle parti molli sulla linea parasternale, lunga 8 ctm. e sezionando lungo tale incisione la 7ª e la 6ª cartilagine costale.

Data la frequenza colla quale le lesioni del diaframma per ferite da punta e da taglio sono accompagnate da lesioni dei visceri endo-addominali (25 volte sopra 58 casi da me raccolti) e la conseguente necessità di un'esplorazione accurata della cavità addominale in ogni caso, io conchiudo il mio lavoro dicendo che;

Nei casi di ferite del diaframma si dovrà in via normale procedere alla laparotomia obliqua, parallela all'arco costale del lato della ferita, un centimetro sotto di esso.

Nei casi in cui la profondità della ferita renda difficile la sutura, si potrà facilitarla colla condrotomia, eseguita sulla 6ª e 7ª cartilagine costale nella linea parasternale, curando di non interessare la pleura in tale incisione.

La via toracica sarà indicata soltanto per quei casi di ferite diaframmatiche che sono accompagnate da lesioni degli organi endotoracici. Nel qual caso meglio che ai lembi toracoplastici, converrà ricorrere alla resezione costale.

In altri tre casi tutti guariti, si trattò di laparotomie esplorative per constatare le condizioni dei visceri e ripararne le lesioni eventuali. — In due di questi casi fui obbligato ad escidere una larga porzione di omento prolassato, invece di ridurlo, non essendo sicuro dello stato di perfetta asepsi dello stesso. (Banfi Pasquale, d'anni 17, operato il 4 Gennaio, 1904. Majoli Leopoldo, d'anni 33, operato il 15 Maggio 1905).

In uno (Torriani Paolo, d'anni 64, operato il 16 Giugno 1905), esistevano già segni di sepsi endoperitoneale, giacchè potei operarlo solo 24 ore dopo il trauma. Potei fortunamente ottenere la guarigione in tre settimane.

Meno fortunati furono invece gli altri miei interventi laparotomici fatti per ferite da punta e taglio, d'arma da fuoco, da contusione addominale, in cui erano stati interessati i visceri addominali ed in cui il contenuto intestinale s'era versato già nel peritoneo, dando luogo a fenomeni settici gravissimi, cosicchè, quando gli ammalati furono trasportati all'ospedale e vennero sottoposti alla laparotomia, nè la chiusura della ferita intestinale, nè il lavaggio ed il drenaggio del peritoneo, le aperture e contro aperture, l'ipodermoclisi, l'iniezione endovenosa di siero fisiologico, furono sufficienti a scongiurare il processo settico.

Ecco in succinto le storie cliniche di questi casi.

Burotti Antonio, d'anni 27, contadino, viene ferito da colpo di trincetto alla regione ipocondriaca destra, il 24 ottobre 1903. I fenomeni di peritonite insorgono poche ore dopo la lesione. Io lo vedo tre giorni dopo, quando è già in condizioni gravissime. Laparotomia immediata. Si riscontra ferita del colon ascendente, lunga centim. 2, larga uno. — Raccolta purulenta endoperitoneale. — Enterorrafia. — Lavatura peritoneale. — Drenaggio alla Mikulicz.

Malgrado tutti i soccorsi del caso, muore 5 giorni dopo l'intervento, per peritonite.

Boggiani Luigi, d'anni 23, contadino, viene trasportato al Padiglione Ponti in fine di vita, il 2 luglio 1901, per ferita penetrante nell'addome, datante da 4 giorni.

Da 2 giorni fenomeni di peritonite. — Alla apertura dell'addome si riscontra ferita del tenue ed un cospicuo versamento purulento endo peritoneale. — Chiusura dell'intestino. — Lavatura addominale. — Contro aperture. Zaffamento. — Ipodermoclisi. — Muore lo stesso giorno.

Maionta Giuseppe, d'anni 63, la mattina del 18 maggio, 1903, viene travolto da una bicicletta. — Ha subito dolori forti di ventre, dolori che vanno poi man mano aggravandosi. — Si associa tumefazione notevole, vomito e singhiozzo. — Lo vedo la mattina del 20 (48 ore dopo il trauma). — Polso piccolo, a 130. — Temperatura 38 — Aspetto ippocratico. — Distenzione notevole e dolore vivissimo all'addome. — Laparotomia immediata. — Si riscontra lacerazione ampia di un ansa del tenue. — Versamento di feci nel cavo addominale. — Peritonite. — Lavatura del peritoneo. — Resezione della parte alterata del tenue per la lunghezza di 10 centim. — Contro aperture. — Zaffo. — Medicazione. — Morte il giorno dopo per peritonite.

Grassi Santo, d'anni 26, cocchiere, di Milano. — Il 21 luglio 1904, viene colpito da un calcio di cavallo al ventre. — Lo vidi il 23. — Da una giornata dolori diffusi a tutto il ventre, addome tumido, polso piccolo, faccia ippocratica.

Laparotomia mediana. Si riscontra peritonite diffusa con versamento di feci nella cavità. — Ferita del tenue verso la sua metà, larga 3 cent. circa. — Eterorrafia. — Lavatura addominale. — Zaffo. — Medicazione. — Morte nella giornata.

Interessante in modo speciale sembrami il seguente caso di ferita d'arma da fuoco (rivoltella) di cui espongo un poco più diffusamente l'operazione eseguita ed il decorso post operatorio.

Spina Carlo, d'anni 25, entra nell'Ospedale Maggiore la notte del 22 aprile 1905, accompagnatovi da cittadini, che lo trovano giacente sulla pubblica via ferito. E' in istato di colasso grave ed il chirurgo di guardia non si crede autorizzato ad un intervento.

Visito il paziente l'indomani mattina, 23, e scopro una ferita di arma da fuoco alla regione ipocondriaca destra. Manca il foro di uscita.

Non avendo il paziente durante la notte subito alcun miglioramento, ma peggioramento, mi decisi ad intervenire.

Laparotomia mediana, che dall'appendice xifoide scende fino a due dita trasverse al di sotto dell'ombelico; aggiungo una seconda incisione trasversale, mediante la quale metto allo scoperto la faccia anteriore del fegato. Posso così mettere in evidenza che il proiettile traversando il fegato esattamente nel punto di unione del lobo destro con quello sinistro (legamento falciforme) vi aveva scavato una ferita canalicolare, andando poi a ferire anche il lobo di Spigelio. Fatta la sutura del fegato su tutte e due le faccie coi punti staccati di seta sollevando quindi il fegato e seguendo delle chiazze ematiche, si arriva sulla prima porzione del duodeno, che si trova perforato d sbieco. Chiudo questa breccia con due strati di sutura alla Lembert, previa resezione dei margini necrotici.

Tutto il tubo digerente, passato quindi diligentemente in esame non presenta lesioni di sorta.

Si notano invece fatti di congestione polmonare.

Si richiude l'addome. — Ipodermoclisi. — Iniezioni eccitanti, ecc.

Non si riesce però a migliorare le condizioni del polso ed il paziente muore 22 ore dopo.

Sembrami interessante questo caso in quanto che il fegato, pur essendo attraversato in tutto il suo spessore, diede luogo ad una emorragia minima cavitaria; inoltre il proiettile subì una marcia estremamente tortuosa terminando col penetrare di sbieco nella prima

porzione del duodeno e fermandosi quindi o nello stomaco, o nel tubo gastro-enterico, senza però uscirne; già dissi che non mi fu possibile riscontrare il foro di uscita durante l'atto operativo.

Con mio grande rincrescimento non mi fu possibile far l'autopsia, perchè il cadavere era a disposizione dell'autorità giudiziaria, ne mi fu possibile avere il reperto necroscopico.

La morte è, per mio conto, da attribuirsi allo shock aggravato dai fenomeni di irritazione peritoneale.

Il decorso post operativo depone in favore di questa ipotesi.

Questi casi dimostrano quanto abbiano ragione coloro che propugnano la laparotomia esplorativa *immediata* per tutte le ferite penetranti e per le contusioni gravi dell'addome.

Esegui *due laparotomie esplorative per tumori addominali inoperabili.*

Colombo Enrico, d'anni 25, contadino, ricorre all'opera del Chirurgo per un tumore addominale sviluppatosi, a detto del paziente, in 6 mesi. Operato il 28 luglio 1904 al Pad. Ponti, di laparotomia, si riscontra trattarsi di un tumore del pancreas (sarcoma) con larghe aderenze al mesenterio ed all'omento, inoperabile.

Guarigione prima della ferita laparotomica.

Peroni Ernesto, d'anni 55, falegname, ricoverato al Padiglione Ponti il 30 aprile 1905, per tumore alla regione epigastrica.

Alla laparotomia (mediana xifo-ombelicale) si riscontra un tumore solido, grosso come una testa di feto, a superficie liscia, emisferica, facente corpo colla faccia superiore del lobo destro del fegato, sessile.

Ripetute punture esplorative diedero esito a solo sangue.

Il peritoneo parietale aderisce alla massa neoplastica, che con tutta verosimiglianza è rappresentata da un sarcoma del fegato.

Essendo impossibile qualunque tentativo di rimozione, si chiude a strati la parete addominale.

Quattordici giorni dopo l'operazione, il malato guarito per prima, viene passato nel comparto Cronici.

Una laparotomia per peritonite da perforazione spontanea di un tumore carcinomatoso dell'intestino tenue e del mesenterio.

Si tratta di certo Inzaghi Giovanni, di 57 anni, ricoverato al Padiglione Ponti, il 20 maggio 1905, per tumore addominale, della presenza del quale l'ammalato si era accorto da cinque mesi.

La forma, negli ultimi tempi, era stata causa di crisi coliche acutissime, accompagnate da alvo chiuso e da vomito.

Il tumore era ubicato nella parte mediana della cavità addominale, era grosso poco più d'un rene, di consistenza parenchimatosa, poco spostabile.

Mentre si stava studiando sul caso, per farci un criterio esatto di natura e di sede del tumore, l'ammalato fu preso improvvisamente da dolori di ventre acutissimi, l'aspetto generale, già miserrimo, si fece ippocratico, il polso piccolo, il ventre tumido e timpanico. Si ha vomito e singhiozzo.

Davanti ai sintomi di peritonite, credetti di dover intervenire di urgenza, il 26 maggio 1905. Laparotomia mediana dall'appendice xifoide, a due dita sotto l'ombelico. Si riscontra la presenza di un tumore, a superficie irregolare, che ingloba un'ansa del tenne e buona parte dell'omento.

Al di sopra del tumore il tenue si presenta allargato a pareti ipertrofiche e congesto, al di sotto è di volume normale ed afflosciato.

L'ansa inglobata dal tumore è stenotica e perforata per il tratto di 5 centesimi e dalla perforazione si spandono materie fecali nel cavo peritonale.

Il peritoneo è congesto, alterato. Discreto versamento muco-purulento misto a materie fecali.

Toilette addominale. Copertura alla Chaput della soluzione di continuo dell' intestino, data dell'ulcerazione neoplastica, fissando al di sopra con due stratti di sutura la parete di un ansa del tenue vicino.

Entero anostomosi laterale fra un ansa del tenue a monte ed una a valle del tumore. Chiusura parziale dell'addome. Zaffo.

L'operazione dura meno d'un' ora. Si pratica l'ipodermoclisi, (un litro di soluzione fisiologica) cha si ripete la stessa sera, ed i giorni successivi.

L'ammalaio si rimette dall'atto operativo ed ha nei primi giorni un sensibile miglioramento. Cessa il vomito e si ha diminuzione di singhiozzo.

All'inizio della quinta giornata però, quando già si sperava di averlo salvato, le condizioni sue improvvisameute si aggravano e muore.

All'autopsia si riscontra che la chiusura dell'ulcerazione è perfetta, che le anse affrontate nell'anastomosi laterale comunicano ampiamente fra di loro. Minima la reazione peritoneale.

Il tumore carcinomatoso ha invaso il tenue pel tratto di circa 15 centimetri stenosandolo ed ingloba buona parte del mesenterio. Infiltrazione delle ghiandole retroperitoneali.

Nessun altro trapianto.

Una laparotomia per peritonite tubercolare con formazione ascitica.

Campi Adalberto, d'anni 21, tessitore, di Milano, operato il 6 marzo 1905.

Presentava focolai tubercolari diffusi a tutto il peritoneo parietale e viscerale, ingrossamento delle ghiandole mesenteriche, ascite. La laparotomia (indicata dal versamento ascitico) fu seguita da miglioramento. L'ammalato guarito per prima dalla ferita, fu trattenuto in sala ancora un mese in osservazione e poi dimesso.

Della mia casistica operatoria fanno parte *due operazioni di Talma per cirrosi epatica.*

Nel primo caso si trattava di certo Moneta Enrico. d'anni 37, salumiere, affetto da ascite, per cirrosi epatica insorta sei mesi prima del suo ingresso al Padiglione. — Era già stato operato 15 volte di paracentesi, estraendosi ogni volta da 7 a 9 litri di liquido. Le ultime erano state praticate alla distanza d'una settimana. È in condizioni generali piuttosto deperite. Nessuna alterazione controindicante dal lato dei polmoni, del cuore e dei reni.

Intervento l'uno di Maggio, 1905.

Applicai la tecnica suggerita dallo Schiassi, previa paracentesi fatta al giorno avanti l'operazione. — Due incisioni laparotomiche, l'una verticale xifo-ombelicale, l'altra trasversale dal mezzo di questa verso l'ipocondrio destro.

Si riscontra che il fegato è molto ridotto ($^1/_3$ del suo volume normale) e duro come legno. Svolto il peritoneo parientale dalle aponeurosi post-rettali, vi si adagia il grande epiploon, assicurandolo con qualche punto di catgut; si termina suturando a strati la parete addominale. — La operazione fu seguita da un vero miglioramento del paziente, caratterizzato da polso buono, temperatura nermale ed aumento progressivo della quantità dell'urina che da 650 nel 1° giorno dopo l'operazione, si portò o 940 nel terzo; questi miglioramenti si arrestarono il quarto giorno per cedere poi il posto ad un progressivo peggioramento. Essendosi riformato parzialmente il liquido ascitico, anche per evitare uno stiramento troppo forte della cicatrice, si fa una parecentesi estraendosi quattro litri di liquido giallo sieroso.

Il paziente muore dieci giorni dopo l'intervento coi sintomi dell'insufficienza epatica e renale.

Conviene pensare che in questo caso l'intervento sia stato piuttosto tardivo. Gli effetti buoni, ottenuti in altri casi, devonsi al fatto che, essendo le condizioni del fegato ancora discrete, si potè attendere che il circolo portale

migliorasse per le nuove formazioni vascolari. Forse anche il taglio trasverso della parete addominale a tutto spessore, secondo il metodo Schiazzi, portando con sè l'inconveniente di una abolizione temporanea di molti rami venosi che formano un circolo supplementare importantissimo, viene a perturbare l'andamento consecutivo.

Nel secondo caso appunto per non ledere questo sistema venoso, mi sono limitato alla sola incisione mediana, ed invece di estroflettere l'omento in tutta la sua estensione, mi limitai a strofinarne la superficie, sia nella sua porzione parietale, come nella omentale.

Si trattava di un certo Ferrari Gaetano, d'anni 38, d'Arese, affetto da un anno da ascite per cirrosi epatica. È stato operato di paracentesi almeno 25 volte e le ultime ad una settimana di distanza. Ha rifiutato altre volte in condizioni migliori l'intervento, che adesso invoca. Non controindicazioni speciali polmonari, cardiache, renali.

Intervento il giorno 8 di Luglio, previa eteronarcosi leggera. — Andamento buono successivo. Guarigione per prima della ferita.

La riproduzione del liquido, immediatamente dopo l'operazione, subì un notevole rallentamento, tanto che fu necessario fargli soltanto una paracentesi dopo una dozzina di giorni, e più per misura di prudenza a causa della cicatrice recente, che per vero bisogno. Nella 20ª giornata l'ammalato, che era sempre stato bene, fu all'improvviso preso da enterorragia profusissima e morì All'autopsia si riscontrò che si erano formate delle aderenze fine, vascolarizzate, larghe, ancora piuttosto molli, tra il peritoneo parietale ed omentale, ed inoltre notevole iperemia di tutti i vasi intestinali: il lume del tenue e del crasso erano pieni di sangue in parte fluido, in parte coagulato. In questo caso quindi la morte è da attribuirsi a questa complicazione che devesi ritenere insorta come effetto dell'inceppato circolo portale, quando l'operazione non aveva potuto creare un circolo venoso supplementare, in modo sufficientemente rapido.

La cirrosi atrofica del fegato è una malattia fatalmente mortale. Se quindi il 30 % dei successi fino ad oggi ottenuti ci permettono di continuare a ritenere l'operazione Talma sempre indicata, ci impone però l'obbligo di operare i nostri pazienti piuttosto presto, quando l'insufficienza epatica e renale non siano insorti ancora. Sfortunatamente di questo parere non sono gli ammalati, i quali in generale fin che stanno discretamente, sperano ancora in una

guarigione spontanea e rifuggono dall'intervento, che invocano poi, quando sono aggravati.

Ai Colleghi Medici incomberebbe l'obbligo di proporre per tempo l'operazione e convincerne gli ammalati.

Se l'innesto della porta nella cava, secondo Tansini, potrà un giorno senza soverchio pericolo essere applicata all'uomo, potrà dirsi che allora la chirurgia di questa infermità sarà entrata in una fase migliore.

APPENDICITE.

I miei interventi operatorii per appendicite e sue complicanze furono in totale diciasette e così si possono suddividere in rapporto alla loro natura; *appendicectomie a freddo* (*tre*); *operazioni a caldo* (*sette*); *laparotomie per peritonite da appendicite generalizzata:* (*sette*).

È noto che la cura chirurgica dell'appendicite è ancora molto discussa e che accanto a coloro che sostengono che una volta riconosciuta e bene diagnosticata l'appendicite, si deve sempre operare, qualunque sia la fase della malattia, ve ne sono altri che, pur ammettendo essere la cura dell'appendicite prevalentemente chirurgica, sostengono che tale cura deve essere applicata tenendo di mira il decorso, le fasi della malattia.

I concetti dai quali mi sono lasciato guidare nella cura di questa affezioni sono i seguenti:

I.° dato un individuo che già abbia sofferto un primo attacco di appendicite, io ritengo l'intervento a freddo opportuno. — Se è vero che molti casi non recidivano, non abbiamo però alcun segno per escludere sicuramente a priori questa recidiva, in quanto che vi sono esempii nella letteratura di recidive dopo 12, 25 anni; contro questo pericolo continuo mi pare quindi più prudente opporre l'intervento che certo presenta gravità minore della minaccia di una malattia grave, come l'attacco appendicolare.

Un caso che non troppo di frequente si verifica nella pratica è quello in cui l'appendicite possa essere con tutta sicurezza diagnosticata 24, 48 ore dopo il suo inizio. Tali casi sarebbero eccezionalmente adatti ad un intervento operatorio inquantochè ancora in questo periodo di tempo non si sono formate delle aderenze, l'appendice è libera, non si è formata alcuna raccolta purulenta, il peritoneo non è ancora stato inoculato; quindi si potrebbe senza pericolo resecare l'appendice, richiudere il ventre ottenendo così una prima perfetta.

Operando in questo modo Körte ha ottenuto 80 successi senza un solo caso di morte, Kümmel d'Amburgo ha avuto soltanto 3 morti sopra 80 operati, Rotter di Berlino nemmeno un morto sopra 30 operati (34° Congresso della Società tedesca di Chirurgia 1905).

L'unica obbiezione, che per conto mio si può fare a questo metodo, è che sia difficile stabilire con tutta evidenza ed in ogni caso la diagnosi d'appendicite e la indicazione netta dell'intervento nelle prime ore della malattia. Kümmel stesso, che fu uno dei primi a sostenere l'opportunità dell'intervento precoce, pare che in 6 casi si sia trovato a resecare l'appendice in condizioni patologiche molto problematiche; almeno così risulterebbe dalle sue dichiarazioni.

Nell'unico caso capitato nel mio Comparto nelle prime 48 dall'inizio della malattia con diagnosi di appendicite, io non intervenni dubitando dall'assieme dei sintomi che si trattasse di una forma di nevralgia lombo addominale destra, piuttosto che di appendicite. Con somministrazione di aspirina infatti i dolori ch'erano violentissimi e localizzati nella metà destra dell'addome, scomparvero in meno di 48 ore.

Certo che se tutti i casi di appendicite capitassero un poco più sollecitamente nelle mani del Chirurgo, si potrebbe almeno per un buon numero di casi, per quelli sui quali fosse dato poggiare con certezza la diagnosi, intervenire nelle prime 48 ore.

Ma, se devo giudicare dai casi che capitarono sotto la mia

osservazione, il chirurgo è da noi generalmente chiamato al letto dell'ammalato non prima della 3ª ,4ª, 5ª giornata del decorso. Allora è noto che alcuni consigliano di operare immediatamente, altri di attendere. — I sostenitori dell'operazione a caldo si poggiano sul fatto che l'appendicite ha un decorso non sempre tipico e regolare, ma procede a sbalzi, subendo improvvisi peggioramenti, contro i quali poi l'intervento sarebbe intrapreso con speranze di successo minime.

L'operazione però in questo periodo è necessariamente incompleta, giacchè solo in casi eccezionali ritengo si possa procedere all'estirpazione dell'appendice, sia per il fatto che non conviene andare a cercarla con manovre lunghe tra le aderenze provvidenzialmente formatesi, sia ancora perchè essa è per lo più già necrosata, o quasi, ed un laccio stretto sulla sua base finirebbe collo strozzarla, favorendo la formazione di una fistola secondaria stercoracea.

Mi è parso quindi opportuno, nei casi del genere, attenermi al precetto più prudente dell'aspettativa armata, sorvegliando il polso, la temperatura, il vomito, le condizioni locali e generali, pronto ad intervenire quando questo complesso di sintomi pigliasse un andamento minaccioso.

Ho operato in questo modo sette pazienti, dei quali tre guarirono, quattro sono in guarigione.

Ecco in succinto l'esposizione dei miei casi:

Nova Attilio, d'anni 34, contadino. Entra nel Pad. Ponti il 31 dicembre 1904.

Nulla di notevole nel gentilizio. Sofferse già altre volte di disturbi intestinali a tipo colico, localizzati specialmente nella fossa iliaca destra. — Attacco più recente 4 mesi fa. — Dal 27 corrente dolori di ventre insorti in seguito a disordini dietetici, e localizzati specialmente nel quadrante destro inferiore, dove l'A. notò la formazione di una tumescenza. — Questa attualmente occupa quasi tutta la fossa iliaca destra ed ha la forma di un grosso salsiciotto, col diametro più lungo dall'alto in basso e dall'esterno all'interno. — Ottusità locale alla percussione. — Dolente il punto del Mac Burney. — Polso 80. — Tem. 37-2. — Non vomito, nè singhiozzo. — Nulla di notevole negli organi toracici. — Vescica di ghiaccio alla parte. — Oppio per bocca (8 centgr. al giorno).

Il giorno dopo ed il successivo innalzamento di temperatura, polso più frequente.

Il giorno 3 gennaio, temp. 38°, polso piccolo (110). — Respiro affannoso. — Aspetto sofferente. — Dolorabilità diffusa dell'addome. — Tumefazione aumentata nella fossa iliaca destra.

Intervento immediato. — Eteronarcosi. — Incisione classica di Roux nella fossa iliaca destra. — Aperto il peritoneo, si arriva in una cavità ascessuale, non molto vasta e chiusa da aderenze peritoneali. Esito di circa 100 grammi di pus, di odore fecaloide. — Non si rinviene l'appendice nella cavità. — Lavature, zaffo, medicazione. Guarigione in un mese.

Bertuzzi Luigi, d'anni 24, meccanico di Milano, entra il 1 marzo 1905. - Nulla nel gentilizio. - Malattie pregresse: tifo a 9 anni, (senza postumi), ulceri veneree a 20.

La presente malattia data da otto giorni. L'A. avvertì nel lavoro dolore al quadrante inferiore dell'addome, che andò man mano accentuandosi; fu accompagnato da diarrea; non vomito; ultimamente ha febbre.

Presentemente, tumescenza alla fossa iliaca destra, dolente alla pressione e spontaneamente ad accessi, fluttuazione profonda. Nulla d'importante ai polmoni, al cuore, ai reni.

Il 2 Marzo, incisione dell'ascesso. Appendice irreperibile, cavità ascessuale endoperitoneale saccata. Medicazione. Esce dall'Ospedale il 23 marzo guarito.

Meroni Gaetano, d'anni 26, mugnaio da Brivio. — Entra il 5 settembre 1905. Gentilizio immune, malattie pregresse nessuna. Ammalato da 15 giorni, con dolori nel quadrante inferiore destro dell'addome. Non vomiti.

Attualmente, tumescenza nel quadrante inferiore destro dell'addome, dolente, fluttuante. Febbre a 38,5, polso 105.

Notasi enfisema polmonare. Esame delle urine negativo.

Il 7 settembre, apertura dell'ascesso. Grande quantità di pus. (mezzo litro) d'odore fecaloide. I giorni successivi migliorano le condizioni generali. Anche localmente va bene.

Il 25 settembre l'ammalato, cui non rimane che una piccola piaga granulante, desidera di lasciare il Comparto. — È in condizioni generali ottime, e si può dire normali.

Venegoni Dionigi, d'anni 48, operaio, di Bareggio. — Entra il 7 settembre 1905.

Nulla nel gentilizio, pleuropolmonite pregressa. Inizio della malattia attuale, otto giorni fa, con vomiti e dolori addominali, prima generalizzati e poi localizzati nel quadrante infer. destro.

Presentemente, intasamento nella fossa iliaca destra. Non vomiti, temp. 37.2, ventre tumido, dolori diffusi, polso 100, orine normali.

L'11 settembre, apertura dell'ascesso nel posto classico. Mezzo litro di pus. Zaffo. — Andamento regolare consecutivo.

Il 25 settembre è quasi completamenie guarito.

Sacchi Adamo, d'anni 46, fuochista, di Milano. — Entra il 9 settembre 1905.

Precedenti anamnestici: pleurite, catarro bronchiale, febbri vespertine, sudori notturni, stitichezza. Da dodici giorni tumefazione alla regione ileo ciecale, dolente, spontaneamente ed alla pressione, vomiti. Temp. 38. Polso 104, abbattimento generale. — Infiltrazione agli apici polmonari. — Aumento dell'intasamento locale alla regione ileociecale. — Undici settembre: intervento. Esito di mezzo litro di pus, di odore fecaloide, zaffo, ipodermoclisi.

Dall' intervento in poi, non più febbre. Condizioni generali migliorate, localmente bene, (25 settembre), quasi guarito.

L'esame dello sputo rileva la presenza di bacilli di Koch.

Dall' esame del pus risulta negativa la ricerca del bacillo di Koch.

Valsecchi Daniele, d'anni 28, contadino, di Proserpio. — Entra il 17 settembre 1905.

Nel gentilizio: madre morta di tubercolosi. Sofferse a 18 anni il tifo, che non lasciò postumi. Da 3 giorni dolori alla fossa iliaca destra, da stamane diffusi a tutto l'addome. Non vomiti. Da oggi, singhiozzi. Ventre leggermente tumido, punto a Max Buney dolente, ottusità resistente alla palpazione. Temp. 38.2. Polso 107. R. 30. Sofferente. — Nulla agli altri visceri. — Laparotomia immediatamente. Ascesso saccato, intasamento dei tessuti, pus fecaloide.

Appendice in isfacelo. Perchè è aggredibile senza pericolo di compromettere l'andamento della forma, la si reseca, chiudendola alla base con un laccio in seta.

Ipodermoclisi ripetute. Fin dal primo giorno le condizioni generali sono migliorate; non più dolori, non più singhiozzi. — Temp. 38, polso 100. — Le condizioni dell'ammalato vanno poi rapidamente migliorando. — Il 25 settembre la cavità è ridotta e granuleggiante. — L'aspetto generale buono.

Pollici Luigi, d'anni 30, muratore, di Landriano. — Entra il 17 settembre 1905.

Madre morta di tubercolosi. Malattie pregresse: disturbi addominali a tipo colico. — Da 10 giorni dolori all'addome nel quadrante inf. destro. Tumescenza pronunciata, dolente, ottusa. Temp. 38.2. Polso 130. Aspetto generale sofferente.

Intervento immediato — Laparotomia. Ascesso voluminoso, pus fecaloide. — Ipodermoclisi. — Condizioni generali migliorate. — Andamento consecutivo ottimo. — Il 25 settembre sono cessati i dolori, l'aspetto della piaga è buono.

Quando, passato il periodo minaccioso, tutto tende a ritornare lentamente in quiete, pur proponendomi l'intervento, ho sempre curato di differirlo ad un epoca piuttosto lontana, di modo cioè, che non soltanto sia scomparsa la febbre ed il dolore da poco tempo; ma che, il focolajo infiammatorio formatosi sia completamente scomparso, il pus riassorbito, le aderenze ridotte al minimo.

Se tale intervento riesce tardivo e può qualche volta essere pericoloso indugiare molto; se perciò esso obbliga alla sorveglianza più rigorosa e continuata dell'ammalato da parte del Chirurgo, in compenso presenta l'indiscutibile vantaggio di lasciar rintracciare quasi sempre con sicurezza l'appendice, di permetterne l'ablazione, di ottenere così, con un rischio minimo, una guarigione definitiva.

I miei ammalati operati a freddo di appendicectomia guarirono tutti:

Manzoni Rodolfo, falegname, d'anni 25, entra nell'Ospedale il 3 marzo 1905. Ha sofferto il tifo tre anni prima, e due attacchi appendicolari di cui uno otto mesi, l'altro pochi giorni avanti il suo ingresso nell'Ospedale.

Appendicectomia a freddo il 18 marzo 1905. — Incisione iliaca di Roux. Aderenze notevoli fra l'omento, il cieco e l'appendice. Questa è distrutta in buona parte e la sua estremità incappucciata da omento alterato, fibroso.

Resezione dell'appendice, incidendo circolarmente la tonaca sierosa e muscolare, 15 millimetri circa dall'imboccatura ciecale, respingendo in alto il manicotto, così formato, per mettere poi in corrispondenza della base di esso un laccio sulla mucosa e reciderla. Lavata poi la superficie cruentata della mucosa con acqua fenica al 5 0[0, stiro su di essa a cappuccio il manicotto siero muscolare e lo chiudo con due strati di sutura alla Lembert. Resezione della porzione omentale alterata. Chiusura a strati della parete addominale.

Decorso ottimo. Guarigione per prima. L'ammalato lascia l'Ospedale in dodicesima giornata, guarito.

Vergani Cesare, d'anni 27, falegname, di Agrate, entra al Padiglione Ponti, il 15 aprile 1905.

Ebbe un attacco appendicolare un anno prima, ed uno si è ini-

ziato nella seconda metà di marzo. Sembrandoci, dalle condizioni locali e generali, che non fosse necessario un intervento immediato a caldo, l'ammalato viene sottoposto alla cura aspettante (riposo, oppio per bocca, ghiaccio sul ventre); però in costante osservazione.

Nulla osservando di anormale nel decorso, l'intervento venne rimandato a fenomeni appendicolari totalmente scomparsi. Operazione il 3 maggio. Incisione iliaca alla Roux; appendicectomia.

Appendice a forma di clava ingrossata al suo punto terminale, dove è larga come l'intestino tenue. È ripiegata a metà ed aderente alle anse del tenue vicine ed al cieco.

Nella cavità appendicolare si rinvengono due piccoli coproliti del volume di un pisello, fusiformi, lisci, giallastri. Andamento regolare post operatorio.

L'ammalato abbandona l'Ospedale 24 giorni dopo l'intervento, in condizioni ottime.

Stucchi Pietro, d'anni 31, fucinatore, entra al Padiglione Ponti, il 17 luglio, 1905. Ha già sofferto tre attacchi di colica appendicolare, l'ultimo dei quali piuttosto violento.

Appendicectomia il 27 luglio.

L'appendice è ingrossata, specialmente nella parte terminale, piegata ad angolo, però con aderenze minime. Viene isolata e resecata con facilità. L'andamento successivo in questo ammalato fu complicato da un attacco pneumonico. La guarigione si ebbe nondimeno per prima e l'ammalato abbandonava il Padiglione completamente guarito, l'11 agosto.

I casi più gravi di appendicite sono quelli in cui è avvenuta la propagazione del processo settico a tutto il peritoneo.

Tutti gli autori sono d'accordo nel ritenere indicato allora l'intervento, il quale, quantunque in casi disgraziatamente rari, è il solo capace di salvare la vita al paziente.

Ho operato sette casi di questa specie, aggiungendo alla incisione per l'appendicectomia anche altre incisioni larghe della parete addominale, in corrispondenza dei punti in cui mi sembrava vi fosse una speciale diffusione del processo, lavando ampiamente con soluzione fisiologica e drenando quindi l'ampia cavità.

Purtroppo non si trattava di peritonite svoltasi sotto i nostri occhi, in cui un pronto intervento avrebbe potuto essere coronato da successo. I pazienti vennero nel mio comparto con peritonite già in atto, in condizioni generali

pessime. In loro quindi l'intervento, per mio conto sempre doveroso, fu tentato con pochissime speranze di successo. Uno solo di questi casi è guarito od almeno (siccome fu operato il 29 dell'Agosto u. s.) è quasi guarito (Galbagni Alfredo); gli altri morirono tutti, malgrado gli sforzi nostri, poco tempo dopo l'intervento.

Assieme al Galbagni potrei contare un altro guarito, (Manini) se, quasi un mese dopo l'intervento, quando le condizioni peritoneali si presentavano già ottime, l'ammalato non fosse stato ucciso da una tubercolosi migliare acuta.

Ecco ora in succinto la *dolorosa* storia clinica di questi casi.

Festi Angelo, d'anni 50, ricoverato nel Padiglione Ponti, il 14 giugno 1901. L'ammalato andava soggetto a coliche intestinali, caratterizzate da dolori nel quadrante inferiore destro, da disturbi gastroenterici, qualche volta da vomito. Il tutto passava dopo qualche giorno di letto.

Tre giorni prima di venire all'Ospedale fu preso da dolori più violenti del solito nel quadrante inferiore destro. Ebbe febbre, preceduta da brivido. Due giorni dopo i dolori si diffondevano a tutto l'addome. — Vomito e singhiozzo.

Quando è trasportato all'Ospedale si trova in condizioni gravi. Faccia ippocratica, polso filiforme, lingua arida, addome disteso, dolente spontaneamente ed alla pressione.

Laparotomia sottombellicale lungo il margine destro del retto anteriore; esito di pus-fecaloide abbondantissimo. La forma infiammatoria è diffusa a tutto l'addome; contro-aperture sulle linee mediana e nella regione iliaca sinistra.

Lavatura con acqua sterile del peritoneo. Zaffo alla Mikulicz, medicazione. Ipodermoclisi, iniezioni eccitanti. Morte dopo 34 ore.

All'autopsia si riscontra che una perforazione dell'appendice fu la causa della peritonite diffusa.

Cesana Giovanni. d'anni 30, mercante, di Milano, entra il 9 gennaio, 1905.

Si presenta con ventre enormemente meteoritico, vomiti fecaloidi, polso piccolo e frequente, abbattimento generale. Alvo chiuso da due giorni. — I dolori sarebbero insorti con carattere di diffusione generale a tutto il ventre, non localizzi specialmente a destra.

Data l'enorme distenzione del ventre, si pensa a tutta prima ad una forma di ileo.

L'apertura del peritoneo ci rivela però la esistenza di peritonite diffusa purulenta. Ano iliaco a sinistra, lavatura, drenaggio del peritoneo, eccitanti, ipodermoclisi. — Muore il giorno dopo.

All'autopsia si riscontra perforazione dell'appendice.

Tambutti Cesare, d'anni 24, contadino, di Lacchiarella. Entra il 2 febbraio 1905, dopo 5 giorni di malattia. Alvo chiuso da 5 giorni, vomito fecaloide, singhiozzo continuo. L'addome è teso, dolentissimo in tutta la sua estensione, meteoritico.

Temperat. 37, polso frequente, dispnea. — Laparotomia immediata lungo il margine esterno del retto anterione destro. Constatazione di peritonite purulenta diffusa. Resezione dell'appendice alterata, capitata sotto mano. Lavatura, controapertura mediana e laterale sinistra, zaffo, ipodermoclisi, eccitanti.

Muore dopo venti ore. All'autopsia perforazione appendicolare.

Magni Riccardo, d'anni 15, tessitore, di Paderno Dugnano. Ammalato per disturbi addominali da dieci giorni. Entra l'11 marzo 1905 al Pad. Ponti con addome enormemente tumido, timpanico, dolentissimo. Polso filiforme. Vomito, singhiozzo, *facies abdominalis.*

Laparotomia. Raccolta marciosa, fetente. Lavaggio, controaperture, drenaggio, ano contro natura, ipodermoclisi.

Muore dopo sei ore, ed all'autopsia si riscontra l'appendice vermiforme ulcerata, e contenente un calcolo fecale.

Ballabio Pietro, d'anni 14. Pregressi attacchi di appendicite. Entra il 3 luglio 1905, presentando febbre, faccia ippocratica, dispnea ventre diffusamente tondo e dolente, con ottusità al quadrante inferiore destro. Polso filiforme (120). Temperatura 39.1.

Praticata la laparotomia, si riscontra presenza di pus d'odore fecaloide. Si reseca l'appendice perforata. Presenza di un coprolito. Toilette addominale. Zaffo. Ipodermoclisi, eccitanti. Nel pomeriggio si aggrava e muore.

Garbagni Alfredo, d'anni 12, fabbro, di Milano. Nessun attacco appendicolare precedente. La forma sarebbe insorta da 15 giorni e sarebbe stata preceduta da disturbi dietetici Dolori dapprima localizzati nella fossa iliaca destra. poi diffusi.

Diarrea e febbre fin dall'inizio; vomito e singhiozzo da due giorni. Aspetto oltremodo sofferente. Addome teso, dolente *in toto*, ma specialmente a destra. Versamento endoperitoneale che si sposta coi movimenti del corpo. Temperatura 38. Polso 100.

Laparotomia nel quadrante inferiore destro, il 30 agosto 1905. Peritonite diffusa. Pus (2 litri) icoroso. Controapertura a sinistra. Zaffo, ipodermoclisi. Due giorni ancora di febbre, poi apiressia e miglioramento generale e locale. Attualmente (fine settembre) è quasi guarito.

Il settimo caso sembra a parer mio presentare un interesse speciale, perciò mi permetto di trattarlo un poco più diffusamente.

Manini Mauro, d'anni 34, calzolaio, di Milano: Entra il 25 marzo 1905. Gentilizio buono. Malattie pregresse: sifilide, pleurite sinistra, e (nella 2ª metà di febbraio) pleuropolmonite destra.

Il 13 marzo viene colto da forti dolori di ventre che durano parecchi giorni. Il ventre si fa tumido, meteoritico, dolente diffusamente. L'alvo, dapprima pigro, si fa poi diarroico; mai vomito, mai singhiozzo. Attualmente si riscontrano i segni della polmonite recente e della pleurite antica.

Catarro bronchiale. Esame dello sputo: bacillo di Kock. Addome enormemente teso, timpanico, dolente. Segni di modico versamento endo peritoneale. Non vomiti, non singhiozzi; alvo libero. Temperatura 38,5, polso 85, respiro 34.

Dati i fatti tubercolari, si dubita di una forma specifica peritoneale e si mantiene l'ammalato in osservazione.

Il 28 marzo però, facendosi più gravi le condizioni generali e maggiori i segni di raccolta endoperitoneale e di tensione addominale, si passa all'intervento.

Laparotomia mediana. Si riscontra che la cavità addominale è divisa in due logge, la superiore contenente 3-4 litri di liquido sieroso, la inferiore isolata da aderenze, con enorme raccolta marciosa, di odore fecaloide non molto pronunciato, occupante tutta la metà inferiore dell'addome da destra a sinistra.

Mantenendo rigorosamente separate le due cavità si vuota e si chiude con sutura a strati la superiore, mentre la inferiore, oltre che vuotata, viene lavata abbondantemente con soluzione fisiologica. Vengono inoltre praticate controaperture nelle fosse iliache.

Drenaggio. Ipodermoclisi. Eccitanti.

L'esame batteriologico dei liquidi riesce negativo per quello sieroso; invece microorganismi di varia specie, con prevalenza di pneumococchi, nel purulento.

Non bacilli di Koch.

Nel decorso post operatorio si nota miglioramento delle condizioni generali nei primi giorni, diminuzione della suppurazione, mai vomito, nè singhiozzo. — Successivamente elevazioni termiche, aumento dei fatti polmonari, della tosse e del catarro.

Cosicchè, mentre le condizioni peritoneali vanno migliorando fino a rendersi minima la suppurazione e ridottissima la cavità suppurante, le condizioni generali vanno invece deperendo assieme all'invadere del processo polmonare tubercolare. L'ammalato muore il 22 aprile 1905.

All'autopsia si riscontra: lesioni tubercolari disseminate ai pol-

moni. All'addome nella cavità peritoneale una sacca a contenuto siero-fibrinoso nel quadrante superiore, del volume d'un uovo d'oca. Nella metà inferiore è avvenuta la quasi completa guarigione del processo suppurativo trascorso, con formazione di aderenze fra le anse intestinali ed il peritoneo parietale. L'appendice serrata da tessuto cicatriziale, mostra di aver partecipato al processo flogistico generale, senza però presentare caratteri speciali che potessero dinotare con certezza l'origine appendicolare della forma.

Si notano tubercoli migliari nel fegato, nei reni e nella milza, che assieme ai fatti polmonari dimostrano come la morte sia avvenusa per acutizzazione tubercolare.

In questo caso adunque abbiamo la insorgenza di una peritonite con pus a contenuto bacterico prevalente pneumococcico in un individuo affetto da tubercolosi, che pochi giorni prima aveva avuto una forma di polmonite franca (tale era la diagnosi clinica fatta nel comparto di medicina dove il Manini era degente, non però confortata dalle ricerca bacteriologica).

Non potendo ascrivere l'insorgenza della peritonite ad una causa certa nel Manini, ho creduto di far diagnosi di possibile appendicite. È noto a questo riguardo che le affezioni dell'appendice vermiforme sono quelle che danno il maggior numero delle peritoniti.

Per l'appendicite inoltre deporrebbe anche la localizzazione della cavità ascessuale nella metà inferiore del bacino.

Però dobbiamo aggiungere che, se alla sezione abbiamo trovato alterazioni dinotanti come l'appendice aveva partecipato al processo flogistico generale, queste alterazioni non indicavano chiaramente l'insorgenza precisa appendicolare. Provvide aderenze avevano divisa in questo caso la cavità peritoneale; di modo che, mentre nella metà inferiore si era localizzato un processo flogistico suppurativo, virulentissimo, nella metà superiore si aveva la formazione di un semplice essudato siero fibrinoso, con tutta verosomiglianza d'indole puramente reattiva, perchè l'esame batterioscopico non rivelò in esso la presenza di microorganismi.

La divisione delle due cavità venne fortunatamente

constatata durante l'esecuzione dell'intervento, e ciò bastò perchè fossero mantenute divise e trattate in modo diverso; cioè collo svuotamento e la chiusura immediata la cavità superiore, coll'ampia apertura e con controapertura l'inferiore.

Questo caso inoltre per l'andamento successivo viene assieme a quello del Garbagni a dimostrare che, se la peritonite settica è quasi sempre mortale, è sempre doveroso un tentativo di cura, giacchè basta un sol caso di guarigione per giustificare, anzi per autorizzare in condizioni disperate, come quelle di una peritonite settica, un intervento chirurgico.

A questo principio mi sono indirizzato in tutti gli ammalati, e come abbiamo visto sono numerosi, che per ernie strozzate, per fenomeni d'occlusione, per lesioni traumatiche, per appendicite, ho assunto in cura con fenomeni gravi di peritonite settiche, pensando con Michoux che se si è certi « *qu'on ne sauvera pas tous les malades, on aura certainement la joie d'arracher a la mort quelques-uns de ceux dont l'état semblait le plus désespéré.* »

EMORROIDI.

Fanno parte della mia statistica diciotto casi di emorroidi interne, i quali, tranne un caso operato colla legatura e l'escissione, un altro operato colla ignipuntura galvanica, furono tutti trattati col metodo del Wheithead.

Adottai questo metodo perchè mi parve soddisfacesse al quesito principale di asportare in un atto operativo non solo i noduli emorroidarii grandi e piccoli, sottili e peduncolati; ma anche i tratti di mucosa più o meno gravemente alterati da un processo infiammatorio cronico, ulcerativo, che sono causa di sofferenze per i pazienti e spesso anche di gravi complicanze.

Data inoltre come esatta la teoria patogenetica delle emorroidi oggi in favore, che le emorroidi cioè non rap-

presentino che dilatazioni venose con endo e periflebiti, si comprende la necessità di scegliere un metodo che permetta di allontanare non soltanto i nodi più voluminosi come si fa coll'igni puntura-escissione col Paquelin, etc. ma anchetutte le piccole ampolle venose dilatate e ripiene di sangue coagulato, con lesioni infiammatorie perivenose, che esporrebbero ad una recidiva.

Si è accusato al metodo Wheithead di preparare la formazione di stenosi cicatriziali del retto, di causare incontinenza del retto, flemmoni peri rettali, ecc.

Nella mia casistica abbastanza numerosa, conto un solo caso di flogosi acuta dopo l'intervento.

La divulsione preventiva dello sfintere anale mi sembra una misura necessaria, specialmente quando i nodi emorroidarii si spingono molto in alto e sia quindi necessario procurarsi *de visu* un largo adito nell'imbuto rettale; inoltre il rilasciamento forzato di questo muscolo permette di meglio distanziare i punti di sutura nella plastica della mucosa, ed infine di favorire la prima intenzione, non disturbando il muscolo sfintere colle sue contrazioni il coalito fra pelle e mucosa nei primi giorni.

La modificazione di Delorme sulla sutura della pelle colla mucosa, che consiste nel dare quattro punti ad *U* in corrispondenza della estremità dei due diametri principali dell'orificio rettale, mi sembra molto utile in quanto serve per se stessa a fissare preventivamente ciascuno dei quattro segmenti di mucosa e ad impedire lo spostamento in alto, quando ulteriormente ceda qualche punto della catena di sutura nodosa, che si stabilisce attorno al nuovo orifizio anale.

Come materiale di sutura usai da principio la seta, più tardi il catgut piuttosto grosso, per evitare la rimozione dei punti. Ad operazione finita non osservai mai stenosi cicatriziale consecutiva, anche in quei casi in cui era avvenuta la suppurazione di qualche punto di sutura e ne era derivata la retrazione della mucosa per qualche centimetro di lunghezza.

Tale appunto fatto al metodo Wheithead, quando ancora

non se ne era molto diffusa l'applicazione, mi parve fin da principio piuttosto aprioristico, ed i risultati ottenuti in questi casi servono a confermarmi nella mia idea.

Estirpazione di una cisti pendula all'orificio anale, grossa come un mandarino proveniente con tutta verosimiglianza da un ematoma emorroidale (Pastori Ambrogio, d'anni 36).

ORGANI GENITO URINARII.

Il numero delle Cistotomie soprapubiche da me praticate fu di quattro: due per calcolo; una per neoplasia vescicale; un ultima, come atto preliminare alla prostatectomia tranvescicale alla Freyer.

Quantunque partigiano assoluto della litolaplassi che permette, con dei pericoli operatorii minori, una rapidità e sicurezza di guarigione superiore al taglio alto (specialmente se si sa associare la litolaplassi colla cistoscopia secondo Nitze), pure fui costretto nei miei due ammalati di ricorrere al taglio alto in ambedue, perchè di età infantile (Bonini Cesare, d'anni 7, Pirovano Carlo, d'anni 13), e quindi con un uretra impermeabile ai litotritori.

Usai l'incisione longitudinale nella linea mediana ed estratto il calcolo, praticai la sutura a strati in seta, piccolo zaffo nello spazio di Retzius, sutura parziale dei muscoli retti anteriori e della pelle.

Guarigione per prima.

I pazienti vengono dimessi 18 giorni dopo l'intervento.

Interessante mi sembra il seguente *caso di papilloma villoso della vescica.*

Tagliabue Luigi, d'anni 47, muratore, viene ricoverato al Padiglione Ponti il 6 Aprile 1905. — Il paziente, che non ha compromissioni del gentilizio e che non ha subito malattie degne di nota, aveva avuto qualche ematuria

passeggiera a caratteri non bene definiti (totale, terminale, iniziale) ed accompagnata da dolori alla regione renale sinistra.

Fu in seguito ad una emorragia piuttosto abbondante, accompagnata da dolori renali più forti, che decise di riparare all' ospedale.

Fatta la cistoscopia, si potè scoprire un piccolo papilloma posto in vicinanza dello sbocco ureterale destro, grande quanto una mandorla, peduncolato. — Fatta la cistotomia sovrapubica, venne estirpata la neoplasia e posto qualche punto di sutura attorno al suo punto di impianto. Zaffai la vescica per timore di emorragia secondaria.

Ebbi infatti occasione di osservare qualche caso consimile nel quale, malgrado la sutura della mucosa, venne un'emorragia così profusa, da rendere necessaria la riapertura della vescica per rimuoverne i coaguli. — Non credetti quindi prudente fare la chiusura completa della vescica in primo tempo, ma soltanto una sutura parziale. Il paziente guarì definitivamente mediante un catetere a permanenza per una settimana.

Finalmente un'ultima cistotomia soprapubica ebbi occasione di eseguire come atto preparatorio alla *prostatectomia tranvescicale secondo Freyer*.

Picco Giuseppe, d'anni 59, custode, di Milano, entra al Padiglione Ponti, il 14 Aprile 1905. Persona robusta e sana, che non ha mai avuto malattie d'importanza, da sei mesi è affetto da fenomeni iscurici. Da quindici giorni impossibilità assoluta nell'emissione delle urine. — Viene sottoposto alla siringazione metodica, eseguita tre volte al giorno, all'applicazione di siringa a permanenza, senza vantaggio. L'esame rettale e la cistoscopia dimostrano un forte ingrossamento della prostata, specie del lobo mediano. Deciso l'intervento, venne eseguito il 26 Settembre, secondo il metodo di Freyer.

Eteronarcosi. Ampia cistotomia sovrapubica. Incisione della mucosa vescicale prima al lato destro, poi a quello sinistro dell'uretra, sui lobi prostatici. Loro enucleazione.

Lavatura, poi zaffamento della vescica. Sutura parziale. Dopo due giorni, si toglie il zaffo e si mette un catetere a permanenza.

La prostata asportata pesa circa 50 grammi.

Nessun incidente post-operativo. L'apertura sovrapubica residuante si chiude lentamente.

Attualmente il Picco sta bene, è in condizioni di salute floride. Ha minzione regolare.

L'operazione di Freyer, per l'estirpazione della prostata, pare voglia contendere il primato alla prostatectomia totale perineale.

Ho avuto cura di eseguire questa operazione sul cadavere e potei persuadermi della facilità della sua tecnica, come pure della sua perfezione. — Freyer infatti si propone con questa operazione di enucleare la prostata quasi della nicchia in cui è contenuta, passando prima col dito fra mucosa vescicale e prostata e poi fra ghiandola e capsula della stessa.

L'autore fa distinzione tra capsula prostatica e loggia omonima. Questa è formata dalla aponeurosi ben nota, l'altra invece è formata dall'addensarsi degli strati periferici fibrosi della glandola, respinti eccentricamente dalle zone centrali ipertrofizzatesi. Qualunque sia ad ogni modo l'interpretazione che si deve dare a questi fatti, mi riuscì per altro facilissimo tanto sul cadavere, come sul vivo, a trovare colla estremità del dito questo piano di dissezione ed enucleare così la prostata.

Il decorso post-operatorio del mio operato fu dei più normali; se si eccettua che fu molto lenta la chiusura della fistola sovrapubica, forse in causa dell'eccessiva mia prudenza di tener aperta la vescica durante i primi giorni nel timore che si richiudesse troppo presto.

Questo unico caso non può certamente prestarsi ad un giudizio di sintesi sul valore di questa operazione. Posso però dire che non osservai nessuno degli accidenti temuti da altri autori, come sepsi, pelvicellulite settica, shock, ecc.

Nefropessia per rene mobile destro.

Conti Antonina, d'anni 33, casalinga, entra nella Sala Carcano dell' Ospedale Maggiore il 29 agosto 1905..

Nulla nel gentilizio. Ebbe 9 parti, alcuni dei quali hanno richiesto l'aiuto del forcipe

Dopo l'ultimo (14 mesi fa) cominciò a soffrire fenomeni gastrici (dolori, vomiti, eruttazioni).

Attualmente i dolori sono molto intensi e si diffondono anche alla regione ombelicale. Negli ultimi tempi fenomeni spiccati di debolezza e dimagramento. Mai sangue, nè pus nelle urine.

Condizioni generali discrete. Nulla di notevole all'esame toracico. Parete addominale rilasciata, cadente, con smagliature spiccate.

Il fegato e la milza sono lievemente abbassati alla posizione normale.

Alla palpazione della regione ipocondriaca destra, si riconosce la presenza di una tumescenza reniforme, del volume un po' più grosso del rene normale, che alla palpazione bimanuale, leggermente premente su di esso, sfugge, portandosi all' indietro verso l'arcata costale. Orine normali.

Il Dr. Crosti, dirigente attuale del comparto, mi chiama gentilmente ad eseguire l'operazione, che m' interessa.

Intervengo il 4 settembre 1905.

Incisione retto curvilinea di Guyon. — Riconoscimento del rene, denudazione della capsula adiposa. — Fissazione alla XII costa mediante un filo doppio di seta passato attraverso alla sostanza renale nella parte supero-posteriore del rene.

Due altri fili doppi vengono passati attraverso alla sostanza renale lungo il margine convesso nella parte mediana ed inferiore del rene, ed annodati coll'artificio di Guyon, vengono fissati alla muscolatura lombare. — Decorticazione della parte posteriore del rene per l'altezza di 7 centimetri, la larghezza di 3. — Sutura muscolare e cutanea.

Guarigione per prima. — L'ammalata non ha più avuto disturbi dipendenti dal rene (sono passati però appena 20 giorni dall' intervento).

Come si vede, nel compiere la fissazione del rene, io ho voluto combinare i vantaggi che offre la fissazione alla XII costa, e la fissazione alla muscolatura, con quelli offerti dalla creazione di aderenze mediante la decorticazione.

Tre operazioni di plastica uretrale.

In un caso si trattava di ipospadia balanica ed il meato urinario era localizzato nel punto dove normalmente si trova il frenulo.

Moscatelli Luigi, d'anni 9, operato al Padiglione Ponti, il 19 settembre 1905.

Praticai, con successo, il bel metodo preconizzato da Beck e von Hacher, di mobilizzazione dell'uretra peniana e sua fissazione attraverso il glande nella posizione normale.

Contornai cioè con un' incisione circolare l'orificio dell'uretra, stando ad un millimetro lontano dal bordo uretrale e continuai tale incisione lungo il rafe mediano all'indietro per il tratto di 3 centimetri. Isolai attraverso tale apertura e per la stessa estensione l'uretra col suo corpo cavernoso.

Poscia mediante un tre quarti praticai attraverso il glande un foro che dal suo apice si portava diagonalmente verso la porzione uretrale isolata, ed attraverso tale breccia feci passare l'uretra, fissando successivamente il suo bordo a quello del canale praticato, mediante punti circolari in seta sottile.

Siringa a permanenza per 48 ore.

La minzione si compie in seguito attraverso il nuovo orificio, nei primi giorni, un po' stentata, poi libera ed a getto regolare.

Passaggio di sonde Beniquet, dopo 10 giorni. Attualmente (25 settembre) la guarigione è completa.

In un altro paziente si trattava di ipospadia penoscrotale ed il meato urinario si trovava localizzato in corrispondenza dal punto di passaggio dal pene allo scroto.

Brivio Giovanni, d'anni 8, ricoverato al Padiglione Ponti il 19 novembre 1904.

Siccome il pene non si presentava in questo caso deformato, credei di poter applicare un metodo da me ideato di plastica uretrale.

Ad imitazione del metodo sopra descritto di Beck e von Hacher, volli preparare un'uretra, prendendo la pelle dalle parti vicine, per poi farla passare attraverso un tunnel scavato nel pene fino alla estremità terminale del glande.

Il Rochet ha già praticato un processo simile, peduncolando un lembo cutaneo dello scroto, avvolgendolo intorno ad una siringa e facendolo passare attraverso il pene, prima forato.

Ma la pelle dello scroto, oltre allo svantaggio di una vitalità poco resistente, e di cadere quindi facilmente in necrosi, presenta l'inconveniente di contenere peli, i quali pel depositarsi dei sali contenuti nelle urine, diventano causa di complicazioni e di disturbo nell'emissione delle urine stesse.

Io ho pensato di usare invece che quella dello scroto, la pelle del pene, priva di peli e più resistente, peduncolando due lembi lateralmente all'orificio uretrale, colla base in questo punto e dissecati dalle parti laterali e superiori del pene in direzione diagonale a

quella dell'asta dal basso in alto e dalla sua radice verso la parte mediana, fino ad incontrarsi sul dorso del pene coll'estremità periferica per la larghezza d'un cm. e 1|2, la lunghezza di 4.

Siccome in questi casi di lato e sul dorso del pene la cute è sempre abbondante, torna facile la formazione di tali lembi ed il successivo affrontamento dei margini residuanti.

Il foro attraverso il pene, dall'apice del glande all'orificio uretrale, venne praticato due giorni prima con un trequarti, e tenuto pervio mediante introduzione di una siringa Nelaton. I lembi peduncolati, come abbiamo detto, in vicinanza dell'orificio uretrale vengono avvolti intorno ad una minugia coperta di garza, colla faccia cutanea rivolta verso di essa e vengono affrontati fra loro nei margini con sutura continua in catgut. La parte terminale dei lembi viene fissata sulla garza che copre la minugia.

Questa viene passata nel tunnel e con essa i lembi cutanei i quali vengono a disporsi lungo la nuova uretra e fissati all'orificio esterno. Siringa a permanenza in vescica attraverso l'orificio ipospadico. La minugia e la garza vennero levate in 4ª giornata e sostituite da una siringa Nelaton.

Il risultato fu veramente lusinghiero. I lembi attecchirono e dopo 20 giorni si può dire che l'uretra di nuova formazione si presentava epitelizzata in modo veramente normale; esisteva però una discreta tendenza alla coartazione, poco a poco vinta col passaggio di sonde.

Difficilissima mi doveva invece riuscire la chiusura dello spazio residuato fra l'imbocco inferiore della nuova uretra e l'orificio ipospadico, chiusura che tentai due volte di ottenere con lembi presi dalle parti laterali, ma che non finirono però coll'attecchire.

Pensando che l'ostacolo maggiore derivasse dal passaggio delle urine dall'uretra durante il processo di guarigione, proposi un terzo tentativo, da compiersi previa preparazioue di una bottoniera perineale. Ma intanto era giunta la stagione estiva ed i parenti, contro il mio parere, vollero ritirare il bambino dall' Ospedale, promettendo di rimandarlo nell'autunno pel proseguimento della cura.

Ho voluto rendere noto, sebbene non ancora completato, questo procedimento da me ideato per la formazione dell'uretra peniana nelle ipospadie peno-scrotali, perchè mi sembra rispondere abbastanza bene allo scopo.

Eseguii la terza operazione di plastica, (Pudulazza Pietro, di 37 anni, operato il 25 maggio 1905) per fistola uretrale in corrispondenza del frenulo, da ulcera fagedemica. Usai il processo del Duplay.

Cinque uretrotomie interne per stenosi uretrale, tutte operate al Padiglione Ponti.

Walter Thomlinson, d'anni 30, e Belletti Domenico, d'anni 50, si erano presentati con infiltrazione urinosa del perineo, formazione d'ascessi e con stranguria. L'uretrotomia interna, praticata coll'apparecchio del Maisonneuve e seguita dall'applicazione di una siringa di seta a permanenza, ottemperò al duplice scopo di ripristinare immediatamente il libero deflusso delle urine per le via naturali e di togliere la causa che, colla infiltrazione delle urine, aveva favorito la formazione degli ascessi Cosicchè questi poterono essere portati rapidamente a guarigione colla spaccatura e le medicazioni appropriate.

Negli altri tre (Gianelli Giuseppe, d'anni 39, Arrigoni Alfonso, d'anni 72, Bertani Bassano, d'anni 61) l'indicazione era solamente data dall'impedimento all'emissione delle urine per stringimento cicatriziale, per la quale indicazione immediata, l'uretrotomia risponde veramente in modo efficace. — Naturalmente all'uretrotomia, in ogni caso, ho fatto seguire la dilatazione graduale e continuata dell' uretra.

Sette operazioni di fimosi. In quattro praticai la circoncisione, in tre mi limitai alla incisione dorsale.

Un' amputazione quasi totale del pene e svuotamento d'ambo i cavi inguino crurali, per carcinoma del pene, con infiltrazione delle ghiandole inguino crurali.

Gerli Pietro, d'anni 50, entra al Pad. Ponti, il 13 Giugno 1901.

Presenta un tumore a cavol-fiore del pene, che, originato 6 mesi prima sul glande, ha invaso anche larga parte della verga.

Nel cavo inguino crurale d'ambo i lati si palpano numerose ghiandole, dure, ingrossate

Amputazione quasi totale del pene col bisturi, praticando l'emostasia delle arterie principali del pene, la sutura in catgut dei corpi cavernosi, l'affrontamento fra pelle e mucosa uretrale. — Svuotamento accurato di ambedue i cavi inguino crurali.

Cinque casi di orchiopessi per criptorchia inguinale ed addominale complicante un'ernia. — Le fissazioni furono già descritte parlando dell'ernia *inguinale complicata da criptorchia.*

Quindici operazioni di varicocele.

È noto che nella cura chirurgica del varicocele gli autori non sono totalmente d'accordo. Gli uni intervengono quasi sempre, gli altri ritengono che un buon sospensore

e la stimolazione della circolazione generale, sono quasi sempre sufficienti a preservare il paziente dalle sofferenze della malattia.

In generale io credo doverosa la cura medica, igienica, medicamentosa, come atto preliminare in ogni caso di varicocele, e l'intervento cruento, solo quando quelle non abbiano dati effetti. — Se, malgrado la soppressione della causa di congestione degli annessi sessuali, se l'uso di un sospensorio adatto, di doccie fredde, di medicamenti vaso-costrittori, non basta ad impedire le crisi dolorose, l'atrofia progrediente del testicolo, ritengo indicata l'operazione diretta ad esportare le vene varicose ispessite, in alcuni punti incrostate di sali calcari, in altri assottigliate e distese.

L'operazione sembrami in tal caso benefica in quanto che sopprime delle vene che inceppano la circolazione, favorisce la formazione di nuove vie anastomatiche, e finalmente ha un'azione profilattica sulla porzione del pacchetto vascolare residuo, giacchè alla resezione delle vene uso accopiare la sutura dei monconi delle stesse, in modo da formare un nuovo sospensore fibroso, e la sutura degli strati cutanei in senso diametralmente opposto a quello dell'incisione, per raccorciare lo scroto.

Dicianove operazioni d'idrocele. — Per la cura di questa affezione non ho ricorso che eccezionalmente alla puntura evacuatrice ed alla iniezione consecutiva di sostanze modificatrici, sia perchè persuaso della scarsa efficacia di questo metodo di cura, sia pei pericoli che gli vanno uniti, (persistenza del canale vagino-peritoneale).

Usai quasi esclusivamente il metodo Bergmann, l'escisione cioè della vaginale parietale, emostasi perfetta e sutura. — Qualche volta specialmente nei casi di vaginali molto spesse e valcolarizzate, usai passare lungo i margini di esse una sutura continua in catgut in modo da serrare i vasi più rapidamente e più sicuramente, che non si ottenga ricorrendo ai metodi usuali.

In questi casi uso mettere un piccolo drenaggio che tolgo nel secondo giorno dell'operazione. Nei miei ultimi

operati ho usato inoltre esportare invece che la vaginale in tutto il suo spessore, soltanto gli strati più superficiali, limitandomi possibilmente alla sola tunica endoteliale.

Questo metodo, proposto da Nicaise, ed adottato anche dall'Israel di Berlino, ha il vantaggio, oltrechè di una maggiore speditezza, anche di evitare ogni traccia di emorragia.

Per quanto si riferisce alla efficacia del metodo, non ho osservato delle recidive; ma è noto che l'esportazione della vaginale è seguita, sperimentalmente almeno, da un certo grado di atrofia del testicolo. In nessuno dei miei operati ho potuto constatare tali effetti tardivi. — Pare che sotto questo punto di vista il metodo Jabaulay. Winkelmann, di eversione della vaginale, non si presta a simili appunti. La casistica fin'ora pubblicata di tale metodo è però troppo ristretta e riguarda più gli effetti immediati, che remoti dell'operazione. Per ciò non ho voluto per ora esperimentarne l'applicazione sui miei operati.

Un caso di idrocele del funicolo, nel quale la parete cistica era disseminata di noduli tubercolari. — Sala Edoardo d'anni 21.

Ho avuto occasione di *eseguire nove volte l'orchiectomia* per le seguenti indicazioni; sarcoma del testicolo, gangrena del testicolo, tubercolosi. Mi pare utile soffermarmi solo su quest'ultima indicazione. È noto che da qualche anno, hanno cominciato a farsi strada idee prevalentemente conservatrici sulla cura chirurgica della tubercolosi testicolare, sia perchè, per osservazioni ripetute, sembra accertato che anche la tubercolosi del testicolo è suscettibile di guarigione, mediante un trattamento igienico, medicamentoso, sia anche perchè la tubercolosi colpisce prevalentemente l'epididimo, meno frequentemente il didimo, e che le alterazioni secondarie del processo avvengono nella stessa direzione, nello stesso senso dei secreti fisiologici.

Da questo doppio ordine di fatti, scaturiscono le operazioni conservatrici di Bardenheuer, che proponeva la

resezione dell'epididimo, di Rasumonsky che, oltre a tale resezione, propone l'impianto del dotto deferente nella rete testicolare.

In un caso di Martin, 19 giorni dopo questa operazione, lo sperma conteneva degli spermatozoi già mobili. Pare quindi che in tal modo sia conservato la funzionalità del testicolo.

Ho avuto occasione di fare recentemente una di queste operazioni in un bambino di 9 anni, certo Marconi Costante, il quale era già stato operato di orchiectomia per epididimite tubercolare del testicolo sinistro, e che attualmente presentava la stessa forma a destra.

L'operai il 15 Giugno del corrente anno e, trovando il didimo sano, esportai soltanto l'epididimo, fissando il dotto deferente nel contesto del didimo, previa piccola incisione di esso, mediante due punti di sutura. Il paziente uscì guarito dopo 9 giorni

Naturalmente per l'età troppo giovane non posso ancora pronunciarmi sui risultati funzionali.

Estirpazione di un grosso lipoma della parte addominale.

OPERAZIONI ESEGUITE SULL'ARTO SUPERIORE

Resezione dell'acromion, dell'articolazione acromio-claveare, e del 3° esterno della clavicola per osteomielite dell'acromion e della clavicola, ed artrosinovite granulo-fungosa dell'articolazione claveo-scapolare (Pad. Ponti)	N. 1
Riduzione e fissazione cruenta dell'estremità acromiale della clavicola sinistra lussata (Sez. Meccanoterapica)	„ 1
Osteorafie della clavicola per lussazione recente (Sez. Mecc.)	„ 6
Disarticolazione di spalla per schiacciamento dell'arto superiore sinistro al 3° superiore (Pad. Ponti)	„ 1
Svuotamento del cavo ascellare per forme ghiandolari (Sala Carcano 2, Pratica Privata 3, Pad. Ponti 17)	„ 22
Riduzione di lussazione anteriore della spalla (11 in Guardia, 5 al Pad. Ponti. 1 nella Pratica privata)	„ 17
Osteorafia dell'omero (Sez. Mecc.)	„ 3
Resezione parziale di omero (8) ed osteotomia (1) per callo deforme (Sez. Mecc.)	„ 9
Resezione sottoperiostea della diafisi omerale per osteomielite (Pad. Ponti)	„ 1
Ablazione di osteoma dell'omero (Pad. Ponti)	„ 1
Estirpazione di tumori cistici del braccio (Pad. Ponti)	„ 2
Amputazione di braccio (S. Ignazio 1, S. Giacomo 1, Pad. Ponti 4)	„ 6
Trattamento cruento di fratture dell'olecrano (Sez. Mecc. 2, Pratica privata 1)	„ 3
Osteotomia per frattura di olecrano e lussazione di radio (Sez. Mecc.)	„ 1
Riduzione incruenta di lussazioni posteriori del gomito (1 Guardia, 14 Sez. Mecc. e Pad. Ponti)	„ 15
Resezioni del gomito (1 Sala Carcano, 1 Sala Rosate, 1 Sez. Mecc.)	„ 3
Resezione dell'estremità superiore dell'ulna e del radio (Sez. Mecc.)	„ 1
Resezioni del capitello del radio (Sez. Mecc.)	„ 2
Mobilizzazioni forzate del gomito (Sez. Mecc.)	„ 3
Estirpazione di cisti preolecranica (San Giacomo)	„ 1
Estirpazione di ghiandole epitrocleari infiltrate (Pratica Privata)	„ 1
Osteoclasie ed osteotomie delle ossa dell'avambraccio per esito di frattura (Sez. Mecc.)	„ 3
Resezioni parziali di radio per osteomielite (S. Carcano 1, S. Mecc. 1)	„ 2
Amputazioni avambraccio (1 S. Giacomo, 3 Pad. Ponti)	„ 4
Disarticolazione della mano per stritolamento (Pratica Privata)	„ 1
Resezione radio-carpica (Pad. Ponti)	„ 1
Resezioni di metacarpo (Pad. Ponti)	„ 5
Operazioni sui nervi dell'arto superiore (1 Pad. Ponti, 13 S. Mecc.)	„ 14
Tenorafie per lesioni tendinee (11 Pad. Ponti, 2 Sez. Mecc.)	„ 13
Trapianti tendinei (Sez. Mecc. 5, Pratica Privata 1)	„ 6
Plastiche alla Tagliacozzi (3 Pad. Ponti, 4 Sez. Meccanot.)	„ 7
Estrazione di corpi stranieri (Pr. Priv. 4, Pad. Ponti 2, Sez. Mecc. 77	„ 83
TOTALE	N. 239

Resezione dell'acromion, dell'articolazione acromion-claveare e del 3° esterno della clavicola per osteomielite dell'acromion e della clavicola ed artrosinovite granulo-fungosa dell'articolazione claveo-scapulare destra.

Gerosa Carlo, calzolaio, di Vaprio, entra nel Padiglione Ponti il 23 luglio 1905. — Individuo di costituzione gracile con gentilizio compromesso. — Fu ammalato di pleurite destra, quattro anni or sono, ed un mese fa fu degente all'Ospedale Maggiore, per carie costale (operato), e per un seno fistoloso gemente pus alla spalla destra.

Attualmente, torna perchè la secrezione purulenta alla spalla è aumentata. — Individuo deperito. — Nulla di notevole all'esame generale, all'infuori degli esiti di pleurite.

Alla specillazione del seno fistoloso (localizzato in tutta vicinanza dell'articolazione acromion-claveare di destra) si riconosce che l'apofisi acromiale e la parte esterna della clavicola sono denudate, ed a superficie scabra. Collo specillo si penetra pure nell'interno dell'articolazione acromion-claveare.

Intervento il 29 luglio 1905. Incisione rettilinea lungo il decorso della clavicola, dall'unione del suo 3° esterno col 3° medio fino a due dita all'indietro dell'acromion. — Si constatano alterazioni gravi di questa porzione della scapula, e del 3° esterno della clavicola, alterazioni fungose della sinoviale articolare,

Resezione sottoperiostea di tutto l'acromion, e del terzo esterno della clavicola. Distruzione dell'articolazione acromion-claveare. Sutura parziale. — Zaffo. — Decorso buono. L'ammalato abbandona la Sezione Chirurgica 32 giorni dopo l'intervento. — La ferita quasi totalmente rimarginata, si presenta di aspetto buonissimo. La funzionalità della parte è conservata quasi completamente.

Lussazione dell' estremità acromiale della clavicola sinistra. Riduzione e fissazione cruenta.

Moretti Giacomo, d'anni 33, fattorino, di Milano. — Il giorno 3 settembre 1905, in una colluttazione fu gettato a terra e nella caduta batteva violentemente la spalla sinistra.

Aveva subito risentito un forte dolore locale, dolore esacerbantesi in qualunque movimento del braccio. — Perchè le sofferenze non diminuiscono viene accolto nella Sezione Meccanoterapica il 10 settembre.

Si tratta di un uomo robusto e sano che non presenta alterazione alcuna dei visceri. — Nulla all'esame delle urine. — All'esame locale eseguito in posizione seduta si nota una chiazza echimotica estesa alla superficie postero-esterna della spalla sinistra, la quale invece che essere tondeggiante come la destra, si presenta acuminata per una limitata tumefazione che solleva la pelle in corrispondenza della porzione anteriore del muscolo trapezio. I fasci di questo muscolo che si inseriscono alla clavicola sono stirati, tesi. — La fossa sopraclaveare da questo lato è appianata, mentre la sottoclavicolare e più pronunciata.

La direzione dal basso in alto, dall'estremità sternale all'acromiale, della clavicola è più manifesta a sinistra che a destra, ed a sinistra si nota che la clavicola è in continuazione colla prominenza notata. — Non si riscontrano disuguaglianze lungo la clavicola e la misurazione dimostra che la lunghezza è uguale tanto dal lato ammalato, come dal sano. Tre centimetri di sotto dell'estremo esterno claveare si riconosce l'acromion. — Nessuna deformità dell'articolazione omero-scapulare corrispondente.

Invitando il paziente ad eseguire movimenti col braccio sinistro notasi che riesce difficile, doloroso ed incompleto quello di abduzione, gli altri sono quasi normali. — I passivi, specie se si mantiene immobile con una mano la regione claveo-acromiale sono possibili e poco dolorosi. Spingendo la clavicola in avanti ed in basso, mentre colla mano applicata sul gomito si cerca di sollevare e portare indietro ed in fuori la scapula, si ottiene con facilità la quasi totale scomparsa della deformità della spalla. — Nessuna alterazione delle ghiandole linfatiche.

Fatta diagnosi di *lussazione sopracromiale della clavicola sinistra* riducibile, ma non contenibile coi mezzi incruenti di cura, trattandosi di una persona giovane, sana, robusta, che deve lavorare e che ha quindi bisogno della integrità delle sue forze fisiche, si propone e viene accettato un intervento diretto a fissare e mantenere fisso l'estremo claveare nei suoi rapporti normali coll'acromion.

Intervento il 13 settembre 1905. — Eteronarcosi.

Incisione lunga 8 centimetri leggermente curvilinea con convessità postero-esterna, che iniziata appena all' interno dell' apice acromiale si estende in direzione postero-interna, in modo che la sua massima convessità venga a corrispondere alla parte mediana della faccia superiore dell'acromion stesso. Sollevato il lembo risultante, si mette allo scoperto la superficie articolare dell'acromion e l'estremo esterno della clavicola. Si nota lacerazione dei legamenti acromio-clavicolare e conseguente dislocazione della clavicola.

Pratico allora colla trefina due fori sull'acromion, che dalla sua faccia superiore, due dita all'indietro della faccietta articolare, si approfondano fino ad uscire nella parte bassa della faccietta stessa. Due fori identici vengono pure praticati sulla clavicola, dalla parte bassa della faccietta articolare alla faccia superiore dell'osso.

Attraverso ai quattro fori si fa poi passare un ansa di grosso filo d'argento che, stirata ed attorcigliata sulla faccia superiore della clavicola nel punto di uscita dei fori, viene a stabilire un punto da materassaio sulle parti ossee dislocate, che le mantiene in perfetto contatto. Sutura delle fibre legamentose, periostee e tendinee lacerate. - Sutura della cute. — Medicazione. — Decorso post-operativo ottimo.

Guarigione per prima della ferita. — Massaggio e cura funzionale consecutiva.

Sei osteorafie della clavicola per frattura recente.

Paini Enrico, d'anni 27, contadino, di Locate, entra nel Padiglione Ponti il 4 febbraio 1904, per trauma riportato il giorno prima alla spalla destra.

Si riscontra frattura della clavicola (per azione indiretta) fra il 3° medio ed il 3° esterno. — Tumefazione notevole della parte. — Cute integra. — Non è ancora apparsa l'echimosi per la data recente del trauma. — Accorciamento di 2 cent. della clavicola lesa. — Accavallamento dei frammenti.

Intervento operativo il 5 febbraio.

Incisione delle parti molli nella direzione della clavicola, ma leggermente curva verso il basso, in modo che ne risulti un breve lembo a base superiore, la cui parte mediana venga a corrispondere alla lesione ossea.

Sollevato il lembo, si mette a nudo il focolaio di frattura. — Asportazione di grumi sanguigni e di una piccola scheggia ossea isolata. — Affrontamento e sutura dei frammenti con un punto in argento. — Medicazione. — Decorso apiretico.

Dopo 8 giorni si tolgono i punti di sutura cutanea e si sottopone il malato al massaggio della spalla ed a leggeri movimenti.

Lascia l'ospedale 13 giorni dopo l'operazione, guarito, colla funzione quasi completa della spalla. — Nessuna deformità, nessun accorciamento della clavicola.

Dopo 25 giorni riprende il lavoro normale.

Pogliani Carlo, d'anni 20, muratore, di Niguarda, il 10 marzo 1904, cade sul gomito e riporta frattura della clavicola dal punto di unione fra il terzo esterno ed il terzo medio, con grave spostamento dei frammenti. Viene all' Ospedale al 15 e viene operato il 16.

All' intervento si trova il frammento esterno puntuto, abbassato ed insidiante i vasi. Lo si innalza, lo si affronta col superiore e lo si

mantiene in posizione corretta con un punto in argento. — L'ammalato lascia l'ospedale 11 giorni dopo l'operazione, guarito.

Lo rivedo dopo altri 15 giorni e mi dice che la funzione della spalla è normale e che ha già ripreso il lavoro.

Malaspina Pietro, d'anni 13, fabbro, di Milano, è accolto all'Ospedale l'11 aprile 1904, per lesione della clavicola d., riportata cadendo sulla spalla corr. il giorno prima. — Si tratta di frattura irregolare fra il terzo esterno ed il terzo medio con grave spostamento dei frammenti.

Apertura del focolaio. — Sutura dei frammenti con filo d'argento. — Medicazione. — Decorso apiretico. — Guarigione buona, anatomica e funzionale.

Nicolini Luigi, d'anni 29, muratore, di Milano, il 5 luglio 1904, in conseguenza di un trauma alla spalla sinistra, riporta frattura della clavicola corr. all'unione del 3° medio col 3° esterno. con grave accavallamento dei frammenti.

Operazione il giorno dopo la lesione. — Si constata che il divaricamento dei monconi è mantenuto da una scheggia isolata e frapposta alle superfici di frattura. — La si toglie e si suturano con filo d'argento i monconi. — Guarigione anatomica e funzionale perfetta in poco più di 20 giorni.

Senna Domenico, di 31 anni, carrettiere, di Milano. — Frattura della clavicola destra, da causa indiretta, all'unione del 3° medio col 3° esterno, con grave scomposizione dei frammenti, il 2 gennaio 1905. — Dolori e formicolio alla spalla destra ed all'arto corrispondente. Intervento 2 giorni dopo. — Apertura del focolaio, asportazione d'una scheggia, di grumi sanguigni.

Affrontamento e sutura dei frammenti con filo d'argento — Guarigione anatomica e funzionale in poco più di 20 giorni.

Nespoli Giuseppe, d'anni 19, disegnatore, di Seveso. — Frattura della clavicola destra fra il 1[3 esterno ed il 1[3 medio con grave accavallamento. — Osteorafia il 2 maggio. — Decorso apiretico. — Guarigione buona. — In questo caso si ebbe la formazione di un piccolo seno fistoloso in corrispondenza del focolaio di frattura che guarì in pochi giorni, dopo l'ablazione del punto in argento.

Grugni Giuseppe, d'anni 19, meccanico, di Milano. — Entra il 6 settembre 1905 nella Sezione Meccanoterapica per frattura di clavicola destra, riportata 3 giorni prima, cadendo dalla bicicletta.

La frattura ha sede fra il 3° medio ed il 3° esterno. Una punta ossea minaccia la cute.

Il giorno 10 si procede all'intervento. Si toglie una scheggia lunga 4 centimetri, che insidia la pelle nel lato antero inferiore. Indi si pratica la sutura dei monconi affrontati con filo d'argento.

Sette giorni dopo si tolgono i punti della sutura cutanea e si constata la guarigione per prima.

In 12ª giornata l'ammalato esce dall'Ospedale colla parte completamente libera e con la possibilità dei movimenti attivi dell'arto.

Due resezioni della clavicola per guarigione deforme di frattura.

Pennati Carlo, d'anni 52, contadino di Segrate, viene ricoverato alla Sezione Meccanoterapica il 25 agosto 1904.

Uomo di sana e robusta costituzione fisica ricorre all'Ospedale per fenomeni dolorosi gravi, insorti alla spalla ed all'arto superiore destro in seguito a frattura di clavicola dello stesso lato, riportata due mesi prima, e della quale era stato curato con apparecchio immobilizzante.

Già durante la cura asserisce di aver avuto qualche dolore alla spalla ed all'arto, dolori che col progredire del tempo, invece di scemare, andarono aumentando. — Sono dolori acutissimi, spontanei, che si esacerbano nei movimenti e si irradiano dalla spalla al braccio. — Egli dichiara di essere disposto a qualunque cura, pure di liberarsi dal male che lo tormenta, gli toglie il sonno, e gli impedisce un lavoro proficuo. — La spalla destra è in cattiva posizione, abbassata e portata in avanti. La clavicola corrispondente misura 2 centim. e 1[2 meno della sinistra.

Sulla metà interna della clavicola destra si nota l'ingrossamento osseo dato dai frammenti di frattura che si sono accavallati e che sono uniti da callo osseo esuberante.

La radiografia dimostra trattarsi di frattura obbliqua dall'alto al basso e dall' interno all'esterno. — L'estremità del frammento esterno, è puntuta, notevolmente stirato in alto, e viene a terminare in prossimità del fascio vascolo nervoso del collo. — Dolorosi e molto limitati i movimenti della spalla.

Intervento il 30 agosto.

Eteronarcosi. — Incisione dei tegumenti di 10 cent. parallela alla clavicola. — Scollando il periostio e l'attacco claveare dello sterno-cleido-mastoideo si isola il frammento esterno, che si presenta acuminato come una vera spina e lungo 5 centimetri e lo si fa saltare alla base.

Regolarizzazione del callo. — Sutura. — Medicazione.

Dopo l'operazione i dolori diminuiscono per cessare completamente dopo una settimana.

La medicazione venne tolta definitivamente in decima giornata e venne iniziata la cura funzionale per la rigidità articolare. — Dopo un mese l'ammalato lasciava la Sezione completamente guarito.

Ermenegildo S., d'anni 33, di Milano, il giorno 19 settembre 1904, cadeva accidentalmente dalla bicicletta e si fratturava la clavicola sinistra. Fu curato con fasciatura immobilizzante, mantenuta in posto per un mese.

Quando viene da me a farsi vedere, 40 giorni dopo la lesione, si notava alla regione claveare, in corrispondenza del punto d'unione fra il terzo medio ed il terzo esterno, un callo grosso, deforme, con una rilevatezza antero superiore, sporgente a punta acuta.

La pelle in corrispondenza di questa prominenza è tesa e minaccia perforazione.

La clavicola è accorciata di 2 centimetri.

In corrispondenza del callo dolore esacerbantesi alla pressione. — Limitazione notevole dei movimenti della spalla. — Si crede necessario un intervento operativo diretto a regolarizzare le parti ossee deformi. — Accettato dall'ammalato, viene eseguito il giorno 8 novembre, alla Casa di Salute Parapini, con incisione parallela all'asse della clavicola, colla resezione delle parti esuberanti e sporgenti del callo. — Guarigione in 8 giorni.

I casi clinici di frattura di clavicola, qui raccolti, dimostrano, coi risultati buoni ottenuti, i vantaggi che si possono avere dalla cura cruenta in alcune fratture di quest'osso.

La frattura della clavicola, quando esiste (ed esiste quasi in ogni caso) un discreto spostamento dei frammenti, trattata coi mezzi terapeutici incruenti, guarisce quasi sempre con una deformità, con un'alterazione anatomica dell'osso, che si ripercuote sulla funzionalità della spalla, prolungando il periodo di degenza, (specie se venne immobilizzata la parte per un lungo periodo di tempo), riuscendo molte volte causa di indebolimento permanente. — Dalle statistiche dell'ultimo quinquiennio di una Società d'Assicurazione, l'Anonima Infortuni, da me esaminate, risulta che su 22 fratturati di clavicola, tutti curati con apparecchi immobilizzanti, venne in 6 casi (27, 28 %) riconosciuto un grado più o meno accentuato di invalidità permanente.

Colla cura cruenta, coll'apertura franca del focolaio, coll'affrontamento e la sutura dei frammenti, eseguito sotto la scorta dell'asepsi più assoluta, tali deformità e tali debilitazioni possono essere evitate; alla rapida guarigione anatomica segue un ripristino funzionale altrettanto rapido e perfetto, qualora si abbia cura di far seguire per tempo il trattamento funzionale della parte lesa.

Senza voler esagerare nell'applicazione della cura cruenta nelle fratture delle ossa lunghe, come vorrebbero Tuffier e Thiery, io credo che nel caso speciale della frat-

tura di clavicola, l'intervento sia indicato per tutte le rotture con spostamento, degli individui giovani, specialmente della classe operaia, in quelli cioè che nell'adempimento delle proprie manzioni, hanno bisogno di conservare l'integrità delle forze fisiche.

I due casi che ho dovuto operare tardivamente, dimostrano inoltre, come, anche non dividendo totalmente le nostre idee in rapporto alla cura cruenta di queste fratture, il medico pratico dovrà pur sempre suggerirla ed adottarla in alcuni casi speciali di spostamento grave, per non mettere l'ammalato nelle condizioni di sottoporsi all'atto operativo tardivamente, dopo un periodo più o meno lungo di malattia e di sofferenze, dopo che la funzionalità della spalla si è già alterata per l'accorciamento della clavicola, per la prolungata immobilità,

Disarticolazione di spalla per schiacciamento dell' arto superiore sinistro al suo 3° superiore.

Barbaglia Giuseppe, d'anni 7, (operato nel 1902 al Pad. Ponti) ebbe accidentalmente sul lavoro, preso e stritolato il braccio sinistro negli ingranaggi d'una macchina. Le lesioni gravissime richiesero la disarticolazione della spalla.

Eseguii l'operazione col metodo di Alanson di disarticolazione, previa amputazione del braccio.

Amputazione del braccio al 4° superiore, metodo circolare, previa applicazione del laccio d'Esmark. Successiva disarticolazione dell'omero con un incisione verticale su moncone dall'apofisi acromiale in giù fino al taglio circolare d'amputazione.

Questo metodo, che può essere eseguito con un solo assistente, offre il vantaggio della sicurezza maggiore, limita la perdita di sangue, permette un emostasi sicura.

Ventidue svuotamenti del cavo ascellare per forme ghiandolari. — Tre volte si trattò di infiltrazioni carcinomatose secondarie a cancro della mammella, sei volte di adenite tubercolare; negli altri di infiltrazioni infiammatorie, secondarie a lesioni infette dell'arto superiore o del torace. —

Delle forme neoplastiche, e della necessità di una estirpazione completa delle ghiandole infiltrate in tali casi, ho già fatto cenno, parlando del carcinoma mammario.

Anche nelle altre forme ho curato di eseguire l'estirpazione più completa di tutte le ghiandole alterate, per rendere più rapida e più sicura la guarigione, per evitare la formazione di seni fistolosi suppuranti, che nelle forme a decorso lento sono inevitabili, quando l'estirpazione risulta incompleta, e che prolungano la malattia con pericolo del paziente e con danno grave della funzione.

Diciasette casi di riduzione di lussazione anteriore della spalla. — In 11 casi si trattava di lussazione recenti occorsemi 5 volte nel 1901 durante il servizio di Guardia, 5 volte al Pad. Ponti, una nella pratica privata col Dr. Papetti.

Quasi sempre si trattava di casi nei quali erano già stati fatti tentativi di riduzione da altri medici prima di ricorrere all'ospedale.

Ottenni quasi sempre la riduzione senza narcosi colla bellissima e semplice manovra del Kocher, colla quale sono solito iniziare sempre i tentativi di riduzione.

Solo in tre casi di lussazione infracoracoidea non mi riuscì la riduzione con quel metodo, ed allora ricorsi sempre con successo al metodo del Mothe o della trazione nell'adduzione alta, pure applicata senza narcosi.

Molto più difficile mi riuscì la riduzione nei sei casi di lussazione inveterata della spalla.

Si trattava generalmente di ammalati nei quali la lussazione era stata misconosciuta per il gonfiore notevole della parte.

Dopo un mese, in qualche caso due, in uno dopo tre mesi, davanti al disturbo grave funzionale conseguente alla mancata riposizione, l'ammalato veniva inviato alla Sezione Meccanoterapica.

In questi casi dovetti sempre ricorrere alla narcosi.

La riduzione fu sempra laboriosa, ma mi riuscì in ogni caso senza che mai avessi a lamentare la frattura

dell'omero qualche volta possibile nella riduzione delle lussazioni antiche.

Iniziavo i tentativi nella narcosi profonda praticando la manovra del Kocher. — Manifesti scricchiolii, durante la rotazione esterna dell'omero, mi assicuravano come le neoformazioni che fissavano la parte anteriore della testa omerale, andavano lacerandosi.

Applicando in seguito la manovra del calcagno, ottenevo una mobilizzazione maggiore della testa, per strappamento di altre aderenze. E finalmente applicando la trazione combinata coll'innalzamento laterale dell'arto, più o meno pronunciato, secondo il metodo di Mothe, quasi sempre ho potuto aver ragione della lussazione.

In caso di insuccesso con questa manovra, tornavo a ripetere le altre, mai impuntigliandomi nell' applicazione di una sola.

Io credo, per esperienza fatta non solo alla spalla, ma anche su altre articolazioni, che nelle lussazioni inveterate la riduzione, meglio che coll'applicazione più o meno abile ed energica di un solo metodo, si potrà ottenere colla messa in pratica di metodi diversi, ciascuno dei quali, facendo agire lo sforzo su una parte più energicamente che sull'altra della testa dislocata, faciliterà il cedere delle aderenze neoformate in quel punto, ed il complesso delle azioni, più facilmente che una sola, permetteranno la graduale mobilizzazione delle parti e la riposizione articolare.

Per la trazione nell'abduzione, in casi di lussazione antica, faccio uso del lettino di Schede, da me modificato in modo d'adattarsi a tali trazioni. — Il modo d' azione dell'apparecchio per le trazioni sull'arto superiore è descritto in un lavoro del mio assistente Dr. Zanuso, al quale lavoro rimando il lettore (Dr. Zanuso: Lussazioni posteriori antiche del gomito. — Gazzetta Medica Lombarda, anno 1904 N. 48-49).

Due casi di osteorafia per pseudoartrosi dell'omero, consecutiva a frattura con interposizione muscolare.

Un caso al 3° superiore:

Lambri Domenico, d'anni 21, carrettiere. È ricoverato alla Sezione Meccanoterapica per callo mancato dell'omero destro al 3° superiore, due mesi dopo la frattura. — Non esiste ancora nessun accenno di consolidazione. — La radiografia dimostra come fra i monconi esiste un'ombra chiara di parti molli.

Coll'operazione si può constatare che si tratta di interposizione muscolare. — Resezione dei monconi. Sutura con filo d'argento. Consolidazione in 23 giorni. Guarigione funzionale in 45.

Paglia Luigi, d'anni 38, ricoverato al Padiglione Ponti due mesi dopo una frattura al 3° inferiore dell'omero sin. con arto ciondolante.

All'intervento si constata interposizione muscolare. — Resezione dei monconi. — Loro affrontamento, sutura in filo d'argento. — Guarigione lenta in 9 mesi.

La disparità nella durata del processo di guarigione, si dovette alle diverse condizioni in cui si trovavano le estremità dei monconi nei due ammalati: nel primo ammalato ambedue i monconi sono ben nutriti, coperti di periostio, nel secondo invece uno dei monconi, l'inferiore, è denudato dal periostio, anemico, ispessito. (Le radiografie molto dimostrative di questi due casi sono nel *Trattato di Chirurgia Italiana* - Lesioni violenti delle ossa. Fig. 21, 22, 38, 39).

Un caso di osteorafia per frattura d'omero recente.

Paggio Fermo, di anni 13, viene ricoverato al Padiglione Ponti per frattura alta dell'omero destro, con spostamento grave dei monconi, e procidenza dell'inferiore attraverso il muscolo deltoide e le aponeurosi di involucro fino sotto la pelle Impossibilità di riduzione incruenta dei monconi. Si decide l'intervento.

Incisione longitudinale anteriore. — Sbrigliamento del muscolo deltoide, serrato intorno al moncone inferiore. — Affrontamento delle superfici di frattura. — Sutura in filo d'argento. Guarigione anatomica e funzionale in quaranta giorni. (Vedi *Tratt. Italiano di Chirurgia*, l. c. Fig. 19 e 20).

Otto casi di resezione parziale dell'omero ed una osteotomia per guarigione deforme di frattura dell'omero.

Si tratta di ammalati, presentatisi alla Sezione Mec-

canoterapica a consolidazione avvenuta della frattura, con inceppo grave della funzionalità, per formazione di callo deforme in vicinanza dell'articolazione del gomito o della spalla e nei quali s'è dovuto procedere alla regolarizzazione del callo, alla demolizione di parti ossee sporgenti, per rendere possibile la funzionalità.

Nel caso in cui si dovette procedere all'osteotomia (PARIANI PIETRO. d'anni 13, contadino di Maccario) si trattava di una frattura del 3° superiore dell'omero sinistro con consolidazione dei monconi, quasi ad angolo retto fra loro. Guarigione in buona posizione dei frammenti (Vedi *Tratt. Ital. di Chirurgia. Lesioni violenti delle ossa* Fig°. 40 e 41).

Resezione sotto periostea di buona parte della diafisi dell'omero di sinistra per necrosi da osteomielite (Santambrogio Carlo, d'anni 8), con guarigione buona in circa quattro mesi.

Estirpazione di un osteoma dell'omero.

GHISIO CESARE, di anni 14. — Tumore localizzato nella regione antero superiore dell'omero, grosso come un uovo di gallina, duro, fisso sull'omero. — Ablazione con incisione lungo il margine anteriore del deltoide. Guarigione in 8 giorni.

Due tumori cistici del braccio. Uno derivava dalla borsa sierosa sottodeltoidea e l'altro da quella bicipitale. — Estirpazione. — Guarigione per prima.

Sei amputazioni di braccio, due al 3° superiore (Sbarbaro Luigi, d'anni 50 e Grossi F. d'anni 25), per alterazioni tubercolari del gomito estese al 3° inf. del braccio; tre al 3° medio (Incerni Natale, d'anni 37, per anconartrocace, Boni Giuseppe, d'anni 68, per flemmone della mano ed avambraccio, Rimoldi Felice, d'anni 27, per frattuta comminuta e complicata del gomito, una al III inferiore, (Mapelli Camillo, d'anni 10) per alterazioni fungose del polso e dell'avambraccio, tutte eseguite col metodo circolare.

Tre casi di frattura d'olecrano trattati chirurgicamente.

In uno si trattava di frattura recente con distacco dei frammenti di circa 2 centimetri.

Brogini Luigi, d'anni 19. — Sutura con 2 punti in seta dell'osso. Sutura profonda delle parti molli, sutura della cute. — Guarigione per prima. Mobilizzazione in 12ª giornata. Guarigione funzionale in 40 giorni.

Negli altri due si trattava di esiti di frattura con formazione di collo fibroso.

Nel primo (Brambilla Mario, d'anni 21), operato alla Casa di Salute Parapini nel 1903, la frattura datava da sei mesi; il frammento epifisario era piccolo, deformato, dolente e d'inceppo ai movimenti. — Stimai meglio estirparlo fissando poscia le parti tendinee, ch'erano in connessione con esso, direttamente alla porzione rimasta dell'olecrano. Guarigione per prima, ripristino funzionale completo.

Nel secondo (Galli Giuseppe, d'anni 15), la frattura datava da due mesi, e siccome il frammento staccato comprendeva tutto il becco olecranico, giudicai più opportuna la cruentazione e la successiva sutura dei frammenti con due punti in seta. Guarigione per prima. Ripristino funzionale.

Osteotomia per esito di frattura alla base dell'olecrano sinistro con lussazione anteriore del capitelio del radio e del corpo dell'ulna. — Si trattava di un individuo di 17 anni, certo Rusca Attilio, presentatosi alla Sezione Meccanoterapica un mese e mezzo dopo la lesione.

Si dovettero liberare cruentemente le parti ossee spostate in avanti e fissatevi da connessioni osteofibrose. Ridottele poscia nei rapporti normali, vennero ivi mantenute colla flessione forzata dell'arto.
(Vedi Trattato Italiano di Chirurgia l. c. Fig. 42-43).

Quindici casi di riduzione incruenta posteriore del gomito.

In sette casi si trattava di lussazione recente, in otto invece di lussazioni inveterate.

Nei casi recenti la riduzione si ottenne quasi sempre senza narcosi, colla manovra solita della trazione nella flessione progressiva e con la propulzione in avanti sulle estremità delle ossa dell'avambraccio dislocate.

Nella riduzione delle lussazioni antiche, seguendo la massima già esposta parlando del trattamento delle lussazioni di spalla, non abbiamo mai insistito nell'uso di un metodo solo, ma, a volta a volta, abbiamo applicato la tra-

zione nei vari gradi della flessione e della estenzione, aggiungendo piccoli movimenti di lateralità e manovre di propulzione, esercitate, ora posteriormente dal di dietro all'avanti sulle estremità dislocate delle ossa dell'avambraccio, ora anteriormente, sull' estremità inferiore dell'omero, con una salvietta applicata ad ansa, oppure colle mani.

A rendere più energica la trazione, in casi molto resistenti, essa venne applicata mediante il lettino di Schede da me modificato, che può permettere la trazione nella flessione progressiva (vedi lavoro citato del Dr. Zanuso).

Sei resezioni del gomito delle quali tre totali per anconartrocace, tre parziali per esiti di lesioni traumatiche.

Resezione del gomito sinistro e resezione di tutta la diafisi ulnare corrispondente per osteosinovite granulo fungosa del gomito sinistro.

Zucchelli Zizinio, d'anni 6, Sala Carcano 1895, presenta osteosinovite granulo fungosa del gomito sinistro, ed osteomielite dell'ulna, lesioni datanti da un anno, e che hanno richieste ripetute oncotomie. — Il gomito è assai ingrossato, con seni fistolosi multipli. — Febbre e postrazione generale.

Intervengo con una ampia resezione del gomito, secondo il metodo del Langenbeck, distruggendo l'articolazione, demolendo ampiamente le estremità articolari dell'omero, dell'ulna, del radio.

Se non che, riscontrandosi in proseguo di tempo, lesioni osteomielitiche gravi all'ulna, credo opportuno resecare, in secondo tempo, la diafisi di quest'osso per intero, rispettando il periostio e le parti molli.

Il decorso fu buono, essendo l'ammalato guarito dopo tre mesi di cura.

Ho avuto speciale riguardo al trattamento funzionale, iniziando i movimenti articolari ed il massaggio appena fu possibile, con risultato ottimo.

Rividi l'ammalato sette anni dopo l'operazione. — L'arto è ipotrofico in confronto del destro; ma la funzionalità si è conservata buona. Possibile, in modo quasi completo, il movimento di flessione e quello di estensione dell'avambraccio sul braccio, ed il movimento di pronazione e di supinazione

La radiografia della parte mi ha dimostrato in quel tempo, come dal periostio, che venne rispettato nella resezione della diafisi ulnare, si sia avuta una larga neoformazione osteofibrosa, che si continua con l'epifisi inferiore dell'ulna, e che va impicciolendosi e

sfumando all'unione dei due terzi inferiori col terzo superiore di quella parte del radio, che è rimasta dopo la resezione del gomito.

Tale neoformazione ossea è anche palpabile distintamente all'esame obbiettivo. — Il radio, per la retrazione dei tessuti è venuto ad incrociarsi coll'omero. Fra loro resta stabilito un tessuto fibroso, che permette i movimenti articolari, con ciondolamento minimo dell'arto.

Irenghi Maria, d'anni 19, (Sala Rosate, 1899) è ammalata da tre anni per osteosinovite granulo fungosa del gomito sinistro, per la quale fu operata altre volte.

Attualmente ingrossamento del gomito, anchilosi ad angolo ottuso e seni fistolosi gementi pus. — Larga resezione dei capi articolari con incisione posteriore alla Langenbeck.

Mobilizzazione precoce del gomito (dopo 6 giorni). Guarigione in 2 mesi. — Formazione di neoartrosi. — Possibilità di movimenti in tutti i sensi.

Zambelli Vittorio, d'anni 41, da Inzino, affetto da osteoartrite granulo fungosa del gomito ed operato di resezione alla Sezione di Meccanoterapia il 30 gennaio 1904 (metodo Langenbeck).

Andamento buono consecutivo pei primi 15 giorni. Poi febbre, indebolimento generale e morte per tubercolosi peritoneale (constatata all'autpsia) mentre le condizioni locali si conservano ottime e la cicatrizzazione della parte è quasi completa.

Maggioni Carlo, d'anni 7, operato alla Sez. Meccanoterapia il 17 giugno 1902. — Il trauma, grave, aveva avuto luogo un anno prima. — Si tenta la riduzione, prima incruenta, e poi cruenta della lussazione e, non riuscendo, si demoliscono le estremità superiori del radio e dell'ulna, fino a ridurre sotto la troclea ed il condito le loro estremità cruentate. Mobilizzazione dopo sei giorni. Guarigione per prima. Formazione di neoartrosi.

L'ammalato lascia l'Ospedale due mesi circa dopo l'intervento, completamente guarito e capace di movimenti articolari, che vanno dalla flessione ad angolo retto all'estenzione completa.

Due resezioni del capitellio del radio e mobilizzazione forzata del gomito, per esito di lussazione anteriore di radio con rigidità grave (Cerfughi Battista, d'anni 41 e Sala Angelo, d'anni 42). — Guarigione buona.

Tre casi di mobilizzazione forzata sotto narcosi per rigidità grave del gomito.

Estirpazione di una cisti preolecranica e di ghiandole epitrocleari iperplastiche.

Tre osteoclasie dell'avambraccio per esito di frattura con formazione di callo deforme.

In un caso (Ghessi Paolo, di anni 37, da Merate) si era avuto, un mese prima, quadrupla lesione dell'avambraccio destro e cioè: frattura del radio e dell'ulna al terzo medio con accavallamento dei frammenti, frattura dell'olecrano e lussazione di radio in avanti con deformazione grave accorciamento di circa 3 cm. dell'arto.

Venne eseguita la osteoclasia al terzo medio, l'osteotomia in corrispondenza dell'olecrano — Sembrandoci che a mantenere in posizione buona i frammenti fosse necessario disporre di una forza traente ragguardevole sulle parti, fissai come punto di presa, un chiodo trasversalmente alla testa dell'omero, ed un altro attraverso la estremità inferiore delle ossa dell'avambraccio; poscia unii tali chiodi mediante due aste laterali d'acciaio, allungabili a vite, in modo da poter esercitare su di esse e quindi sui chiodi una trazione validissima.

La trazione venne aumentata gradatamente fino a che la lunghezza dei due avambracci fu uguale. — Non si ebbe accidente alcuno spiacevole dalla presenza dei chiodi, che vennero estratti in 15ª giornata.

La guarigione anatomica, e conseguentemente il ripristino funzionale, riuscì buono, se non perfetto.

Due resezioni parziali di radio per ostieomielite, con esito buono (Pelizzoni Franco, d'anni 6 e Carlo Muratori, d'anni 2).

Quattro amputazioni d'avambraccio: due al terzo inferiore, per osteosinovite radiocarpica, una al 3° medio, ed una al 3° superiore per lesioni gravi delle parti molli e delle ossa.

Una disarticolazione della mano destra per ferita da strappamento nell'ammalata Cazzarini Lucia, d'anni 5, (Metodo circolare).

Una resezione dell'articolazione radio-carpica per artrosinovite.

Pessina Enrico, d'anni 26, operato nel febbraio 1905 (metodo di Roux a due incisioni laterali). Vennero asportate le ossa del carpo e resecate le estremità del radio e dell'ulna. — L'ammalato un mese e mezzo circa dopo l'operazione lasciava l'ospedale non ancora completamente guarito, nè di lui avevo altre notizie.

Cinque resezioni di metacarpo per osteomielite.

Ho eseguito *quattordici operazioni sui nervi dell' arto superiore* e precisamente: cinque nevrolisi del radiale per imbrigliamento cicatriziale in callo di frattura; sette nevrorafie, una del mediano, due dell'ulnare, quattro del radiale, una plastica alla Lietevant del radiale, una plastica senza disgiunzione nella continuità del nervo. secondo Bruns, per lesioni gravi dei nervi da contusione, da frattura, da ferita d'arma da taglio.

Questi casi sono raccolti e trattati diffusamente in una memoria da me pubblicata colla collaborazione del Dottor Medea, alla quale rimando il lettore per l'esposizione clinica e la discussione sui casi. (Contributo allo studio delle lesioni traumatiche dei nervi periferici. Clinica Chirurgica 1905).

Tredici casi di tenorafia per lesioni tendinee. — Le lesioni, sempre complicate a ferite erano 10 volte localizzate alla parte inferiore dell'avambraccio, 3 volte sulla mano.

Raramente fu uno solo il tendine leso, più frequentemente due ed anche più.

Una volta la ferita era localizzata alla regione antero-interna - dell'avambraccio (3° inferiore) e si trovò lesione di tutti i flessori, dell'ulnare interno, dell'arteria e del nervo cubitale.

L'operazione venne quasi sempre eseguita coll'anestesia locale, mediante soluzione di cocaina al 2 %, previa emostasia alla Esmark.

Come materiale di sutura tendinea, in questi casi nei quali l'asepsi non è sempre raggiungibile in modo perfetto, per la possibile infezione della ferita, venne sempre usato il catgut, che per la sua assorbibilità, non lascia strascico di suppurazione di filo.

Dopo l'intervento venne generalmente applicata una fasciature rigida all'amido e data alla parte la posizione che meglio permette il rilasciamento delle parti muscolari e tendinee offese dal trauma.

Eseguendo l'operazione per tempo e colla disinfezione

più accurata della parte non ebbi mai ad osservare nei miei casi fenomeni flogistici virulenti consecutivi, e sempre potei ottenere il ripristino funzionale più o meno completo.

Sei casi di trapianto tendineo nell'avambraccio e sulla mano. — Di cinque di essi si parla nel mio lavoro « *I trapianti tendinei nella pratica chirurgica* » e non è il caso che mi ripeta qui.

Il quarto intervento venne praticato in certa Colombo Luigia, d'anni 17, di Busto Arsizio, la quale per un trauma grave del gomito (frattura complicata e larga lacerazione delle parti molli) avevai avuta strappata una porzione larga del nervo radcale, il cui capo periferico non si rinvenne, se non nelle diramazioni terminali, non congiungibili coll'estremo centrale. — A sostituire l'azione del muscolo estensore comune delle dita paralizzato venne trapiantato sulla sua porzione tendinea, attraverso lo spazio interosseo, il muscolo palmare grande, fissandolo con doppio intreccio alla Vulpius. — Si ebbe guarigione per prima. — Rividi l'ammalata sette mesi dopo l'operazione e potei constatare che erano possibili movimenti di estensione delle dita.

Sui trapianti tendinei mi riservo di fare qualche considerazione riportando la mia casistica di operazioni sull'arto inferiore, molto più numerosa di questa.

Sei plastiche alla Tagliacozzi per esito di lesioni traumatiche della mano.

Cinque dei primi casi furono da me già resi di pubblica ragione in una comunicazione all'Associazione Sanitaria Milanese (26 Maggio 1904), nella quale, presentando i miei operati, ho voluto richiamare l'attenzione dei Colleghi sui vantaggi che la plastica alla Tagliacozzi può apportare nella cura delle lesioni gravi della mano, con la larga distruzione dei tegumenti, abbreviando notevolmente il periodo di malattia e di inattività, portando ad una guarigione funzionale di gran lunga migliore che con altri metodi di trapianto cutaneo.

Nel sesto caso (inedito) si trattava di un individuo di 46 anni, certo Toretta Antonio, il quale per aver avuto la mano sinistra presa fra gli ingranaggi d'una macchina riportava schiacciamento grave di tutta la mano con parziale distruzione e successiva mortificazione, di tutti i tegumenti, dalla radice delle dita all'articolazione del pugno, essendo però rispettate le parti tendinee, nervose e vasali profonde.

Nei primi tempi si ebbero fenomeni asfitici delle dita, minaccia di gangrena, la quale si avverrò pel mignolo, che dovette essere demolito, Poco a poco però mediante razionale trattamento, le condizioni migliorarono e la enorme piaga, dapprima lurida, si fece granulante. — A momento opportuno venne intrapresa la plastica (1 marzo 1905).

Si cominciò a preparare un largo lembo cutaneo cellulare nel quadrante superiore sinistro del ventre, con peduncolo in basso, sufficiente a coprire il dorso della mano e, recentati su questo i margini della piaga, la mano venne portata ad appoggiarsi sul ventre colla faccia palmare, in modo che il lembo potesse bene adossarsi sulla ua faccia dorsale. — Pochi punti di sutura lungo i margini, radiale e laterali, bastarono a fissare stabilmente nella posizione voluta il lembo.

Fasciatura amidata. — Dopo 14 giorni, constatando la nutrizione buona del lembo trapiantato e le connessioni già valide colla regione d'innesto, si prolungarono le due incisioni laterali alla base del peduncolo e per dissezione si preparò, sempre in continuità coll'altro il lembo necessario alla ricostituzione dei tegumenti del palmo della mano ed, abbassando la mano, arrovesciando il lembo, si portarono le due superfici cruenti a contatto.

Tanto nel primo intervento, come nel secondo, si ebbe cura di affrontare con punti da materassaio e con punti di sutura nodosa i margini della ferita addominale.

Il lembo autoplastico venne staccato dal peduncolo di nutrizione dopo venti giorni.

A cicatrizzazione avvenuta dalla parte, venne iniziata la cura funzionale. Attualmente il Toretta può già usare della propria mano, sebbene in modo molto limitato. — La rigidità delle dita è ancora ragguardevole. Sono però possibili movimenti di opposizione del pollice e dell'indice ed io spero che il tempo e le cure funzionali varranno a ridare all'ammalato, se non l'uso completo, una funzionalità buona ed utile della mano.

Una plastica alla Tagliacozzi per male del Dupuytren.

Paladini Angelo, di anni 53, operaio, di Milano; entra nella Sez-Mecc. il 22 febbraio 1904. — Nu la di notevole in rapporto all'ereditarietà. Ha sofferto malattie d'indole artritica. Per rovesci di fortuna da un anno è obbligato ad attendere a lavori manuali.

Da sei mesi il paziente si è accorto che il dito anulare destro prima, e successivamente il mignolo ed il medio, non possono più estendersi completamente per la formazione di ispessimenti nodulari alla faccia palmare della mano. — Attualmente il fenomeno è più spiccato ed il malato non può estendere le tre ultime dita al di là d'un angolo di 110°. — Nulla alla mano sinistra.

Visto il buon esito avuto colla plastica alla Tagliacozzi nei postumi di lesioni traumatiche alla mano, io pensai di ricorrervi anche in questa forma, nella quale le alterazioni sono localizzate alla aponeurosi palmare ed ai tegumenti. Mi sembrava che la completa ablazione di quelle parti e la loro sostituzione con tessuto cutaneo e cellulare molto più soffice, come quello dell'addome, potesse valere contro il progressivo invadere della forma, meglio che l' escissione del tessuto fibroso attraverso un' incisione verticale della cute, proposto da Kocher, col qual metodo egli avrebbe ottenuto risultato ottimo in 4 casi (*Trattato Italiano di chirurgia*. Malattie degli arti, Prof. Catterina).

La tecnica da me adottata fu molto semplice. — Estirpazione larga ed accurata di tutti i tegumenti del palmo della mano fino alle guaine tendinee, estesa in superficie dalla radice delle quattro ultime dita alla parte alta del palmo, rispettando l'estremo radiale che non era alterato. — Preparazione di un lembo peduncolato sulla parete addominale e sua fissazione diretta sulla superficie cruenta, come nell'operazione per lesioni traumatiche.

L' operazione, che ultimamente ha visto consigliata anche da Lesser, sortì esito buonissimo.

Il mio ammalato non ha avuto più disturbi nella parte operata. — Infatti, avendo avuto occasione di rivederlo un paio di mesi fa (un anno e mezzo dopo l' intervento), ho potuto constatare che egli poteva distendere completamente la mano operata, non osservandosi il minimo accenno a recidiva, quantunque si fossero in lui riacutizzati i fenomeni artritici generali.

Nella mano sinistra nessun accenno a raggrinzamento palmare.

83 operazioni per estrazione di corpi stranieri dalla mano, dall'avambraccio e dal braccio.

Il numero rilevante di questi atti operativi dipende dal fatto che, disponendo la Sezione Meccanoterapica, da me diretta, dell'apparecchio per radioscopia e radiografia, vi sono inviati da tutte le ambulanze della città quelli ammalati

nei quali l'indicazione precisa dell' intervento può essere stabilito ed indirizzato dalla radioscopia.

Si dovettero estrarre dodici proiettili d'arma da fuoco (quasi sempre revolver) 71 frammenti d'ago, schegge di ferro, di legno e frammenti di utensili di lavoro. Quasi sempre si trattò di corpi infissi molto profondamente; spesse volte gli ammalati ricorsero a noi dopo tentativi infruttuosi fatti da altri.

In ogni caso venne eseguita la radioscopia nei varii piani, in modo da poter determinare con certezza la precisa posizione del corpo straniero.

Rare volte abbiamo ricorso alla narcosi eterea. Quasi sempre l'operazione fu praticata coll'anestesia locale. — Spesse volte la ricerca dei corpi stranieri, specialmente se piccoli e situati profondamente, riesce difficile e si esige da parte del chirurgo una conoscenza esatta dell'anotomia topografica per evitare lesioni di organi importanti e per potersi orizzontare nella ricerca.

Mi è capitato in qualche caso di avere uno spostamento del corpo infisso pei maneggi di lavatura, di non trovarlo, e di constatare il mutamento di posto in un successivo esame radioscopico. Il che dimostra sempre più l'importanza che ha in questi interventi lo studio radioscopico.

I nostri ammalati, operati sempre sotto la scorta dell'asepsi più rigorosa, guarirono sempre rapidamente e bene.

OPERAZIONI SULL'ARTO INFERIORE

Disarticolazioni di coscia (Pad. Ponti) . . . . . N. 3

Svuotamento del cavo inguino crurale per infiltrazione ghiandolare (S. Giacomo 2, Pad. Ponti 25, Prat. Privata 1) . . . . . „ 29

Svuotamento del cavo inguino-crurale e della fossa iliaca per infiltrazione ghiandolare (Padiglione Ponti) . . . . . „ 1

Estirpazione di sarcoma delle ghiandole inguinali (S. Ignazio) . . . „ 1

Riduzione di lussazioni congenite dell'anca (Sez. Meccanoterapica 10, Pratica Privata 4) . . . . . „ 14

Riduzione di lussazioni traumatiche dell'anca (Pad. Ponti) . . . . „ 5

Resezione della testa femorale (Pad. Ponti) . . . . . „ 1

Osteotomie sottotrocanteriche (Sezione Meccanoterapica 7, Pratica Privata 1) . . . . . „ 8

Osteotomie del femore per postumi di frattura (Sez. Mecc.) . . . „ 10

Osteoclasie per postumi di frattura (Pad. Ponti 1, Sez. Mecc. 1) . „ 2

Osteorafia del femore per pseudoartrosi (Pad. Ponti) . . . . . „ 1

Amputazione di coscia (S. Giacomo 1, S. Ignazio 2, Pad. Ponti 9, Prat. Privata 1) . . . . . „ 13

Osteotomie e sequestrotomie del femore per osteomielite (Pad. Ponti) „ 3

Osteotomie sopracondiloidee per ginocchio valgo e varo (Sez. Mecc.) „ 12

Osteoclasie per ginocchio valgo (Sez. Mecc.) . . . . . „ 13

Operazione Gritti (S. Ignazio 1, Pad. Ponti 2) . . . . . „ 3

Riduzione cruenta di lussazioni del ginocchio (Pad. Ponti) . . . . „ 2

Sutura della rotula per frattura (S. Giacomo 1, Pad. Ponti 10, Sez. Mecc. 3) . . . . . „ 14

Resezioni del ginocchio per artrosinovite (Carcano 1, S. Ignazio 1, Pad. Ponti 3) . . . . . „ 5

Artrectomie del ginocchio per artrosinovite (Carcano 1, S. Ignazio 2, Pad. Ponti 4) . . . . . „ 7

Resezioni cuneiformi del ginocchio per anchilosi angolari (Sez. Mecc.) „ 2

Artrodesi dell'articolazione del ginocchio (Sez. Mecc.) . . . . . „ 3

Estrazione di corpi mobili articolari del ginocchio (Pad. Ponti) . . „ 2

Mobilizzazione forzata del ginocchio (Sez. Mecc. 8, Pratica Privata 2) . . . . . „ 10

Estirpazione di lupie prepatellari (S. Giacomo 2, Pad. Ponti 3) . . „ 5

Estirpazione d'un aneurisma arterioso venoso del poplite (Sez. Mecc.) „ 1

Sutura del nervo ischiatico popliteo interno per ferita (Sez. Mecc.) „ 1

Riporto N. 171

A riportarsi N. 171

Estirpazione di lipoma del poplite . . . . . „ 1

Estirpazione di vene varicose (S. Giacomo 1, Pad. Ponti 3) . . . „ 4

Operazione di trapianto tendineo alla coscia (Sezione Meccanot. 6, Pratica Privata 2) . . . . . „ 8

Miotomie sulla coscia (Sez. Mecc. 5, Pratica Privata 2) . . . . . „ 7

Allungamenti tendinei alla coscia (Sez. Mecc.) . . . . . „ 2

Operazioni di trapianto tendineo alla gamba (Sez. Mecc. 22, Pratica Privata 8) . . . . . „ 32

Fissazioni fibrose e tendinee dell'articolazione tibio tarsica per piede equino paralitico (Sez. Mecc.) . . . . . „ 12

Allungamento del tendine d'Achille (Sez. Mecc. 8, Pratica Privata 1) „ 9

Resezione della tibia per osteomielite (Sala Carcano 1, S. Ignazio 1, Pad. Ponti 4) . . . . . „ 6

Resezione del perone per osteomielite (Pad. Ponti) . . . . . „ 3

Osteotomie della tibia per curvatura rachitica (Sez. Mecc.) . . . . „ 4

Osteotomie per esito di frattura di gamba (Pad. Ponti 1, Sez. Mecc. 2) „ 3

Resezioni parziali della tibia per callo deforme (Sez. Mecc.) . . . „ 6

Osteorafia tibio-peroneale (Sez. Mecc.) . . . . . „ 1

Amputazioni di gamba (S. Giacomo 3, Pad. Ponti 3) . . . . . „ 6

Operazioni di Pirogoff (S. Giacomo 1, Pad. Ponti 1) . . . . . „ 2

Operazioni per piede varo equino congenito (Carcano 3, Sez. Mecc. 6 Pratica Privata 5) . . . . . „ 14

Operazioni per piedi piatti e cavi (Sez. Mecc.) . . . . . „ 8

Resezioni tibio tarsica (Carcano) . . . . . „ 1

Mobilizzazione forzata del piede (Sez. Mecc.) . . . . . „ 2

Artrodesi tibio tarsica (Sez. Mecc. 2, Pratica Privata 1) . . . . . „ 3

Resezioni delle ossa del tarso (S. Giacomo 2, S. Ignazio 1, Pad. Ponti 9) . . . . . „ 12

Resezione dei metatarsi (S. Giacomo 1, Pad. Ponti 5) . . . . . „ 6

Estrazione di corpi stranieri nell'arto inferiore (Sez. Mecc.) . . . „ 14

Totale N. 335

Tre disarticolazioni di coscia. — Della prima praticata per osteomielite del femore ed osteoartrite granulo-fungosa dell'articolazione coxo femorale. (Medaglia Giuseppe, di anni 33), abbiamo già cennato parlando delle resezioni del bacino.

Le altre due furono praticate per lesioni gravi delle parti molli e delle ossa (stritolamento della coscia, negli ammalati Crivelli Carlo, d'anni 13, ed Alessio Attilio, di anni 19).

In tutti e tre i casi, poichè lo permettevano le condizioni delle parti molli, eseguii l'amputazione alta e disarticolai poscia in via sottoperiostea la testa femorale. — Questo metodo, proposto da Beck e da Ravaton, oltre che mettere il chirurgo totalmente al sicuro dell'emorragia, permette, colla conservazione del periostio, la formazione di un moncone discretamente grosso e resistente, che serve poi di sostegno efficace per l'applicazione d'un apparecchio di protesi.

Eccone in brevi parole la tecnica.

Laccio d'Esmark alla radice della coscia, applicato a cifra 8 sulla parte alta dell'arto e sul bacino, per prevenirne lo scivolamento verso il basso. Amputazione della coscia (metodo circolare) a circa 15 centimetri sotto l'apice del gran trocantere. Emostasi accurata. Ablazione del laccio elastico. — Incisione nel lato esterno del femore, profonda fino all'osso, e distacco delle parti molli dal femore per via sottoperiostea, fino all'articolazione coxofemorale, — Afferrato allora il moncone femorale lo si flette, lo si adduce e lo si ruota all'interno; s'incide la capsula lungo il suo contorno postero-inferiore, si seziona il *limbus* cartilagineo

si lussa il capo articolare dall'acetabulo e si sezionano a ridosso del femore le parti legamentose che vi sono fra coscia e bacino.

Ventisette svuotamenti del cavo inguino crurale per infiltrazione ghiandolare. — In otto casi si trattava manifestamente di forme tubercolari, negli altri di forme infettive derivanti da lesioni, spesse volte già cicatrizzate, degli organi genitali o degli arti inferiori.

In questa statistica, non sono compresi i casi di fusione di una o poche ghindole superficiali, che richiesero la semplice spaccatura ed il raschiamento della parte. — Si trattò sempre di forme nelle quali era interessata in *toto* o quasi la pleade ghiandolare.

In ogni caso si ricorse all'intervento dopo aver esperito le cure mediche, e sempre si ebbe cura di estirpare l'intero pacchetto ghiandolare ben sapendo che, se in queste forme rimangono in posto parti ammalate, con facilità si ha la formazione di seni fistolosi suppuranti, che durano molto tempo.

Nei miei casi non ho mai osservato (almeno pel tempo in cui li ebbi in osservazione) l'edema cronico degli arti inferiori o dello scroto.

Un caso di svuotamento delle ghiandole del cavo inguino crurale e della fossa iliaca per infiltrazione tubercolare.

Si trattava di un ragazzo, di 9 anni, certo MALTAGLIATI PIETRO, nel quale, in seguito a scrofulo-derma al dorso del piede sinistro, si era avuta un'infiltrazione ragguardevole secondaria delle ghiandole inguino-crurali d'ambo i lati e della fossa iliaca di sinistra.

Fu operato il 26 gennaio 1905. Escissione dello scrofulo-derma, estirpazione delle ghiandole infiltrate d'ambo i lati.

A sinistra per estirpare le ghiandole infiltrate della fossa iliaca si dovette aggiungere all'incisione longitudinale praticata, lungo l'arteria femorale per lo svuotamento del cavo inguino-crurale, una incisione che dall'estremo superiore della prima risalisse nella direzione di una linea passante a due dita trasverse dell'ombelico, per la lunghezza di 10 centim. Incisa nella parte superiore la muscolatura della parete addominale e la fascia trasversa, dovetti legare i vasi epigastrici, scollare e spostare in alto il sacco peritoneale (rispettando

in basso il funicolo). La fossa iliaca fu messa così allo scoperto e le ghiandole linfatiche vennero estirpate intorno ai vasi iliaci esterni fino al punto di divisione dell'arteria iliaca comune.

In basso ed a destra l'operazione venne condotta nel solito modo incidendo l'aponeurosi, snucleando e disseccando le ghiandole, usando la massima precauzione nelle vicinanze dei vasi femorali.

Lascia l'Ospedale venti giorni dopo l'intervento guarito.

Estirpazione di un sarcoma delle ghiandole inguinali di destra.

Colombo Luigi, d'anni 54, operato il 29 maggio 1905.

Il tumore era grosso più d'un uovo d'oca e la sua estirpazione riuscì oltremodo faticosa per le aderenze che la massa neoplastica aveva assunto colla guaina dei grossi vasi.

Quattordici riduzioni incruente di lussazioni congenite dell'anca. — In tre casi si trattava di lussazione doppia. L'operazione venne eseguita dal 3° al 12°. anno di vita — In tutti i casi si ottenne la riduzione colla manovra di Paci-Lorenz, previe trazioni sul letto di Schede; e la immobilizzazione consecutiva si prolungò da sei ad otto mesi nelle classiche posizioni, indicate dal Lorenz.

In ogni caso si ebbe miglioramento più o meno spiccato, in tre riposizione quasi perfetta della testa femorale nella cavità acetabolare.

Cinque riduzioni di lussazioni traumatiche posteriori dell'anca. — La riduzione, sempre sotto narcosi, venne ottenuta in tre casi colla bella manovra del Paci. — In due casi, di persone molto robuste nelle quali si incontravano serie difficoltà alla riduzione, si potè venirne a capo usando il letto di Schede, esercitando una forte trazione (60-70 chilog.) in abduzione degli arti, ed aggiungendo a momento opportuno la rotazione esterna.

Credo questa manovra molto raccomandabile per la facilità colla quale si può ottenere la riduzione.

Resezione della testa femorale per coxite.

Ferrari Angelo, d'anni 11, operato il 25 febbraio 1901.

L'operazione venne praticata dopo parecchi mesi di suppurazione e perchè le alterazioni ossee erano specialmente localizzate alla testa femorale. — Usai il metodo Langenbeck. L'ammalato uscì guarito 4 mesi dopo l'intervento.

In tesi generale credo che nelle forme di coxite si possono avere buone guarigioni anche coi mezzi incruenti e che si debba insistere molto nella immobilizzazione, nelle iniezioni modificatrici endo-articolari, nelle oncotomie, nei raschiamenti alla Volkmann, prima di addivenire ad una operazione grave, e che da una mortalità tanto elevata, come la resezione del cotile.

Una mobilizzazione forzata dell'anca per rigidità articolare postuma ad artrite reumatica eseguita sotto narcosi nell'ammalata Monetti Maria, d'anni 21. Ripristino funzionale dopo sei mesi.

Otto osteotomie sotto-trocanteriche per esito di coxite con anchilosi angolare coxofemorale, ed *una* per lussazione antica, posteriore, traumatica, irriducibile, dell'anca.

L'operazione, ideata da Rhea Barton e divulgata da Volkmann, per la correzione delle anchilosi angolari dell'anca, postume a coxite, è per queste forme molto più consigliabile del raddrizzamento forzato.

Colla osteotomia sotto-trocanterica il campo della lesione resta localizzato su di un punto dell'asta femorale, che non è stato attaccato dalla malattia.

Ciò si può sempre stabilire con sicurezza, attualmente che per mezzo della radiografia possiamo constatare *de visu* i confini precisi, nei quali si è svolto il processo osteitico.

Il raddrizzamento forzato, tendendo alla lacerazione delle aderenze che tengono uniti i capi articolari e quindi ad esercitare la propria azione sul focolaio della forma tubercolare spenta, può essere più facilmente causa di una riacutizzazione del processo specifico, fatto che venne osservato abbastanza di frequente.

Nell'esecuzione dell'intervento ho sempre avuto l'avvertenza di dividere l'osso obliquamente dall'esterno, dall'alto e dall'indietro, all'interno in basso ed in avanti, per evitare che nell'abduzione forzata (generalmente alla flessione è associata in questi casi un certo grado di adduzione) il frammento inferiore si sposti all'indietro od in avanti rispetto al superiore.

Nei casi in cui la flessione permanente della coscia è stata causa di retrazioni muscolari, venne eseguita la miolisi, o la miotomia a cielo scoperto, per rendere completa l'estenzione dell'arto dopo l'intervento.

L'arto messo in posizione buona, venne sempre immobilizzato coll'apparecchio da me usato nella cura deambulatoria delle fratture di femore (Trattato Italiano di Chirurgia - Lesioni violente delle ossa) e la deambulazione permessa 7-8 giorni dopo l'intervento. I punti applicati sulla ferita esterna vennero sempre levati contemporaneamente all'apparecchio (da 20 a 40 giorni dopo l'intervento). In tutti i casi il decorso fu apiretico, la guarigione si ebbe per prima e, sempre, con posizione ottima dell'arto.

In un caso (Bonfanti Attilio, d'anni 11, operato l'11 febbraio 1905) la flessione angolare all'articolazione dell'anca era complicata a postumi di frattura di femore, con accavallamento dei frammenti, per cui la deformazione e l'accorciamento dell'arto erano grandi, la funzionalità quasi abolita. Siccome la frattura datava soltanto da un mese, eseguii la osteoclasia del callo, assieme all'osteotomia sottotrocanterica, e coll'applicazione dell'apparecchio deambulatorio e con valide trazioni successive, esercitate sul letto di Schede, mediante disgiunzione della fasciatura in corrispondenza del focolaio di frattura, ottenni una guarigione buona, anatomica e funzionale.

Come ho detto usai la osteotomia sotto trocanterica anche per correggere i postumi di una lussazione posteriore traumatica del femore sinistro, datante da un anno ed irriducibile.

Verdi Enrico, d'anni 50, operato il 30 ottobre 1903. Siccome la posizione dell'arto, fissato in forte flessione ed adduzione dalla dislocazione della testa, inceppava la deambulazione, dopo tentativi infruttuosi di riduzione praticai la osteotomia sottotrocanterica e portai l'arto in estensione e leggera abduzione per compensare coll'allungamento *apparente* dell'abduzione l'accorciamento *reale* dell'arto, causato dalla lussazione.

Dieci osteotomie ed *una osteoclasia* per guarigione deforme di fratture del femore con accorciamento dell'arto, praticate in corrispondenza del callo e successiva trazione dell'arto, esercitata direttamente sullo scheletro, secondo il metodo Codivilla.

Di questa operazione, colla quale si può ottenere un graduale allungamento di un arto raccorciato, mediante la osteotomia obliqua del callo deforme o meglio mediante la disgiunzione dei frammenti, l'applicazione sul letto di Schede di un apparecchio gessato che prende valido punto di appoggio sulla cintura pelvica e sull'ischio da una parte, dall'altra su di un chiodo fissato trasversalmente nella grande tuberosità del calcagno e la distenzione a tappe applicata successivamente sull'arto, disgiungendo l'apparecchio in corrispondenza del punto in cui venne praticata l'osteotomia, ho già parlato in una comunicazione all'Associazione Sanitaria Milanese nel 1904 a proposito dei primi 4 casi curati e guariti.

Per quanto riguarda la tecnica d'applicazione del metodo, rimando quindi il lettore alla mia pubblicazione (*Archivio di Ortopedia* Fasc. II° 1904); qui mi permetto solo di esporre brevemente la storia di altri 7 casi operati, nei quali ottenni delle guarigioni anatomiche e funzionali non meno lusinghiere delle prime, (due sono però sono ancora in cura), con allungamento dell'arto raccorciato, che varia dai 6 ai 2 centimetri.

Recalcati Giuseppe, d'anni 39, facchino, di Milano.

Entra al Padiglione di Meccanoterapia il 31 marzo 1904, due mesi circa dopo la frattura del femore destro al 3° superiore.

Il callo è molle, osteofibroso, dolentissimo. Considerevole spostamento dei momoni, che è dimostrato anche dalla prova radiografica. (Vedi Trattato Ital. di Ch. Lesioni violenti delle ossa, Fig. 44.) Accorciamento dell'arto di 7 cent. Impossibilità di lasciare il letto.

Intervento il 5 maggio 1905. Osteotomia sul callo. Chiodo nel calcagno. Apparecchio gessato sotto forte trazione sul letto di Schede. Decorso post-operativo apiretico. Una trazione successiva, previo taglio circolare dell'apparecchio. Il 23 aprile si leva il chiodo, ed il 20 maggio l'apparecchio.

Callo buono. Accorciamento ridotto ad 1 cm. (Vedi l. c. Fig. 45). Lascia l'Ospedale il 10 settembre.

Bosio Enrico, d'anni 21, carrettiere, di Codogno. Entra il 26 novembre 1904, per esito di frattura di femore, avvenuta il 7 ottobre 1904. Callo mancato, accorciameuto di ctm. 5, deformazione grave (Vedi l. c. fig. 46).

Il 29 aprile cruentamento dei monconi. Chiodo nel calcagno. Apparecchio gessato. Una trazione sola successiva sul chiodo.

Il 9 gennaio 1905 si toglie l'apparecchio, e la radiografia dimostra il perfetto combaciamento dei monconi. Callo solido, nessun accorciamento. (Vedi l. c. fig. 47).

Della Giovanna Francesco, d'anni 13 scolaro. Entra l'11 gennaio 1905, per esito di frattura al 3° medio del femore sinistro, avvenuta cinque mesi prima.

Notevole accavallamento dei frammenti nel senso anteroposteriore. Callo solido, indolente, accorciamento di ctm. 4, difettosa deambulazione. Il 14 gennaio 1905 osteotomia sul callo. Chiodo nel calcagno. Trazione. Apparecchio. Due successive trazioni. Si toglie l'apparecchio il 12 febbraio 1905. L'accorciamento è ridotto ad 1 ctm.

Il 20 febbraio 1905 l'ammalato lascia l'Ospedale in buone condizioni anatomiche e funzionali.

Moretti Domenico, d'anni 21, muratore, di Belgioioso. Frattura di femore al 3 medio destro, il 10 giugno 1905.

Il 14 luglio 1905 entra nel Comparto meccanoterapico e presenta l'arto inferiore destro arrovesciato all'esterno, deformazione della coscia. Callo ostefibroso, dolente. Impossibilità assoluta dell'uso dell'arto, movimenti attivi e passivi dolorosissimi. Accorciamento 6 ctm.

La radiografia dimostra il notevole accavallamento dei monconi verso il punto di mezzo della diafisi. Intervento il 15 luglio 1905. Osteotomia del callo. Chiodo nel calcagno. Apparecchio gessato sotto forte trazione. Decorso post operatorio apiretico. Quattro successive trazioni sul chiodo. Estrazione del chiodo il 9 agosto 1905.

Il 27 agosto 1905 si leva l'apparecchio. Callo buono. Accorciamento ridotto ad 1 cm. Il 10 settembre lascia l'Ospedale in condizioni buone anatomiche e funzionali.

Pozzi Vittorio, d'anni 43, contadino, di Orago. Trauma l'8 febbraio 1905. Entra alla Sez. Mecc. il 7 agosto 1905.

Presenta callo osteo fibroso, deforme al 3° inferiore coscia destra accorciamento ctm. 7. Impossibilità funzionale. La radiografia mostra la cattiva posizione dei frammenti.

L'11 agosto 1905 osteotomia del callo. Chiodo nel calcagno. Apparecchio. Due successive trazioni. — In cura.

In un bambino con accorciamento recente e non molto notevole, invece d'applicare il chiodo nel calcagno fissai nell'apparecchio tutto il piede.

Giussani Alfredo, d'anni due, di Incino. Entra il 3 aprile 1904 per esito di frattura di femore con accavallamento dei frammenti. Accorciamento dell'arto di 2 ctm. 1[2.

Il 7 aprile si pratica l'osteotomia in seno al callo e successivamente si ottiene l'affrontamento mediante trazioni. Esce il 12 giugno 1904, guarito. Lunghezza degli arti uguale.

In un ultimo caso, Masseroni Augusto, d'anni 9, entrato nella Sezione 33 giorni dopo una frattura del femore sinistro, venne praticata invece che l'osteotomia, l'osteoclasia del callo. Coll'applicazione successiva delle trazioni alla Codivilla si ebbe una riduzione dell'accorciamento da 3 ad 1 ctm.

Due riduzioni cruente di lussazione del ginocchio sinistro. — Un caso di lussazione recente posteriore incompleta.

Gelmetti Carlo, d'anni 45. — Per l'interesse tutto speciale che offriva, questo caso venne da me già pubblicato (Contributo alla cura cruenta delle lussazioni del ginocchio. Arch. d'Ortopedia, Fasc. 1, 1903).

La riduzione incruenta, dapprima tentata in questo caso, era possibile, ma avveniva in modo anormale, senza scatto, a prezzo di una forte distensione delle parti (sul letto di Schede) e si riproduceva appena la trazione cessava di agire.

Nel sospetto che una lacerazione speciale dei legamenti o della capsula impedisse una giusta riposizione dei capi articolari, decido per un intervento cruento e trovo infatti che il condilo femorale aveva fatto procidenza attraverso una lacerazione delle parti molli della regione interna del ginocchio (fasci muscolari del vasto interno, aletta della rotula, legamento laterale e capsula articolare) fino sotto la cute, per cui, nelle manovre di riduzione incruenta, esso condilo rimaneva sempre al di fuori del sacco sinoviale, e la riposizione risultava incompleta. — La riposizione cruenta fu seguita dal risultato migliore anatomico e funzionale.

Un caso di lussazione antica posteriore del ginocchio destro.

Si trattava di un individuo di 36 anni, certo Belloni Eugenio che un anno prima si era gettato, a scopo suicida, da una finestra del 3° piano, riportando lussazione posteriore di ginocchio, che non era stata ridotta.

Quando io vidi il Belloni, era possibile coi maneggi e specie colle trazioni, ottenere una parziale riposizione, ma la lussazione si riproduceva, appena che l'arto veniva abbandonato.

Si interviene con apertura dell'articolazione mediante incisione semilunare alla Makenzie. Si riscontra che le superfici ossee e cartilaginee sono alterate, i legamenti accorciati in qualche punto, in altri allungati e distrutti.

Si ottiene la ricomposizione delle superfici dislocate e si mantengono fisse mediante suture delle parti fibrose e dei legamenti. — Andamento buono consecutivo. — A cura ultimata si ottiene una riduzione completa e definitiva. Permase però una forte rigidità del ginocchio, che, appena in parte, potè scomparire colla cura funzionale.

Quattordici casi di artrotomia del ginocchio per sutura della rotula. — È noto che nella frattura di rotula, appena che esista uno spostamento discreto dei frammenti si ha di regola la formazione di un callo fibroso con disturbo funzionale permanente grave, a meno che non si ricorra al trattamento cruento, alla sutura dei frammenti. — Per conto mio, quando l'operazione non è controindicata da condizioni locali (lacerazione dei tegumenti con reazione infiammatoria) oppure dall'età o dalle condizioni generali dell'individuo, l'applico in tutti i casi, nei quali si può temere la formazione di un callo fibroso.

Ho operato così ben 12 casi di frattura recente, aprendo ampiamente il focolaio di frattura con un incisione trasversale, leggermente arcuata in basso, vuotando la raccolta ematica endo-articolare, regolarizzando le parti molli ed i frammenti, riunendo questi con due, tre punti di sutura, in seta piuttosto grossa.

Osteorafia per pseudoartrosi del femore destro consecutiva a frattura.

Meregalli Carlo. d'anni 19. — La lesione datava da 50 giorni ed era localizzata all'unione del 3° medio col 3° superiore. — Esisteva fra le estremità dei frammenti una distanza di 12 centimetri. Eseguii la cruentazione dei monconi tagliandoli in senso obbliquo nelle facciette di affrontamento e mantenni la congiunzione mediante l'infissione di un chiodo di ferro nichelato. Questo, che sporgeva dalla ferita esterna, venne tolto dopo 15 giorni, a processo di riparazione inoltrato.

Si ebbe consolidazione buona della frattura ed accorciamento minimo dell'arto.

Tredici amputazioni di coscia eseguite con metodo ovalare 3 volte al 3° superiore, 7 volte al 3 medio, 3 al 3° inferiore. — L'indicazione era data da osteosarcoma della coscia, da stritolamento della gamba e del ginocchio, da gangrena senile e finalmente da forme infiammatorie,

osteoartrite dell'articolazione del ginocchio, osteomielite della gamba e della coscia.

Tre osteotomie e sequestrotomie del femore per osteomielite. con risultato buono — In un caso la forma aveva origine da un traumatismo recente, una frattura complicata del femore sinistro (Cernetti Attilio, d'anni 10) e dovette essere resecata la porzione inferiore della diafisi femorale pel tratto di 6 ctm.

Negli altri due si trattava di osteomielite lenta del femore con formazione di sequestro.

Conti Carlo, d'anni 30 e Colombo Giosuè, d'anni 22. (Padiglione Ponti 1905).

Nel Conti la forma datava dall'età di 13 anni ed era localizzata nella metà inferiore della diafisi. — Presentava un allungamento di due centimetri dell'asta femorale nella parte ammalata, con tutta probabilità dovuto ad aumento dell'attività osteogenetica della cartilagine d'accrescimento, per irritazione data dalla vicinanza del focolaio morboso durante l'età dello sviluppo.

Nel Colombo la forma, datante dall'età di 14 anni, e localizzata nella parte inferiore della diafisi e nell'epifisi, aveva determinato un accorciamento dell'arto di 3 cm. con tutta verosimiglianza per distruzione della cartilagine d'accrescimento, dovuta al processo flogistico locale.

L'indicazione radiografica mi fu molto utile in questi casi per stabilire l'ubicazione e l'estensione precisa delle alterazioni ossee prima dell'intervento.

Dieci osteotomie sopra condiloidee alla Mac Ewen e 13 osteoclasie, per ginocchio valgo. — Due osteotomie per ginocchio varo. — Tutti guariti.

Tre operazioni di Gritti. — Ho eseguito la brillante operazione ideata dal dotto Chirurgo, che è onore del nostro Ospedale, per osteosinovite tibio-tarsica ed osteomielite della tibia (Savoldi Luigi, d'anni 57), per osteomielite grave della tibia (Gorletti Luigi, d'anni 45) e per sfracellamento della gamba (Varisco Angelo, d'anni 14).

In tutti e tre i casi l'operazione fu seguita dall'esito migliore e la possibilità di una protesi buona e perfetta

mi ha convinto sempre più che l'amputazione osteoplastica alla Gritti sia da ritenersi molto vantaggiosa per l'ammalato e da applicarsi in tutti i casi in cui è possibile sostituirla all'amputazione di coscia al 3° inferiore.

Operai anche due pazienti affetti da esiti di frattura di rotula con formazione di callo fibroso e grave inceppo della funzionalità dell'arto. — In tali casi alla sutura in seta venne fatto precedere la cruentazione delle superfici di frattura.

Tanto nei casi recenti, come in quelli antichi, dopo l'intervento l'arto venne immobilizzato con un apparecchio esterno dal piede alla parte alta della coscia, e lasciato immobile per 12-16 giorni. In seguito venne iniziata la cura funzionale e di massaggio.

In tutti i casi, operati coll'asepsi più rigorosa, ebbi il risultato migliore anatomico e funzionale.

Cinque resezioni del ginocchio e sette artrectomie per artrosinovite granulo fungosa, sempre eseguite coll'incisione di Makenzie.

Come nella forma di coxite, anche nelle forme tubercolari del ginocchio, io credo che prima di ricorrere alla apertura dell'articolazione, conviene insistere colla immobilizzazione, colle rivulzioni locali, colle iniezioni modificatrici endo-articolari, le iniezioni sclerosanti periarticolari, colle quali cure spesse volte, specialmente nelle forme leggere, si ottengono buoni risultati.

Nei casi più gravi eseguii l'artrectomia, quando le alterazioni erano prevalentemente sinoviali, la resezione invece quando si avevano alterazioni ossee più o meno estese. — In 8 di questi casi si ebbe la guarigione definitiva, in 4 invece si dovette in progresso di tempo ricorrere all'amputazione.

Due resezioni cuneiformi per anchilosi angolare del ginocchio postume ad artrosinovite.

Doppia artrotomia per estrazione di corpi mobili articolari di ambedue le ginocchia.

Oriani Giovanni, d'anni 27. — All'articolazione di si-

nistra, dove i corpi articolari erano più numerosi (sei) e due erano attaccati ancora alla sinoviale per mezzo di un peduncolo, si dovette aprire ampiamente l'articolazione coll'incisione semilunare alla Makenzie.

Nel ginocchio destro invece, bastò un incisione longitudinale nella fossetta laterale esterna della rotula.

Dieci casi di mobilizzazione forzata sotto narcosi dell'articolazione del ginocchio. In un caso, accompagnato da notevole retrazione dei muscoli flessori del ginocchio, si dovette procedere al loro allungamento tendineo.

Cinque estirpazioni di lupie prepatellari.

Estirpazione di un aneurisma arterioso-venoso del poplite e plastica del nervo ischiatico popliteo interno per ferita.

Sozzi Francesco, d'anni 19. — Le gravi alterazioni erano state occasionate da ferita d'arma da taglio con lesione dei vasi poplitei e del nervo ischiatico popliteo interno e l'intervento fu seguito dal risultato migliore. Per l'estirpazione dell'aneurisma dovetti resecare l'arteria e la vena per la lunghezza di 10 centimetri.

Nella sutura del nervo, perchè i due monconi erano fra loro allontanati pel tratto di 4 centimetri, dovetti procedere alla plastica alla Lietevant, onde ottenere l'affrontamento.

Questo caso, molto interessante, fu oggetto di studii e considerazioni speciali. (*Gazzetta Medica Lombarda* 1905, N. 26).

Estirpazione di un lipoma popliteo.

Due casi di estirpazione della safena interna e 2 d'estirpazione della safena esterna.

In un ammalato Trivulzio Carlo, d'anni 56, l'estirpazione della safena interna di destra fu indicata, oltre che dall'esistenza di grossi nodi varicosi, da una enorme piaga alla gamba. — L'estirpazione della vena e la legatura e l'escisione parziale delle sue collaterali, specialmente in vicinanza della piaga, furono seguite da miglioramento grandissimo e finalmente dalla chiusura della piaga.

Negli altri, Brusa Giuseppe, d'anni 54, (bilaterale) e Maggioni Giacomo, d'anni 35, l'estirpazione della vena venne indicata soltanto dai nodi varicosi, molto grossi e di disturbo all'ammalato.

L'estirpazione della safena interna, venne eseguita con un' incisione che, dal punto di sbocco della vena nella femorale, arrivava fino al 3° inferiore della gamba.

La guarigione della ferita chirurgica avvenne in tutti i casi in 10 giorni, ne si ebbero retrazioni cicatriziali anche senza ricorrere all'artificio proposto dal Casati di praticare delle incisioni di 4 centimetri lungo la vena, per isolare in via sottocutanea i tratti aggredibili ed estrarli dalla ferita.

Per esiti di poleomielite eseguii *otto operazioni di trapianto tendineo* (dei flessori negli estensori) alla coscia, *venticinque di trapianto* alla gamba, e, come operazioni complementari a queste, vennero eseguite *tre miotomie dei flessori e degli addutori* della coscia, un'*operazione di allungamento tendineo* al ginocchio, *otto di allungamento tendineo* (tendine d'Achille) al piede, *dodici di fissazione fibrosa* al piede mediante accorciamenti tendinei, *tre artodesi del ginocchio* e *tre del piede.*

Per malattia di Little eseguii *cinque operazioni di trapianto tendineo, quattro di miotomia* degli adduttori.

Sui trapianti tendinei e sulle loro pratiche applicazioni ho già a lungo parlato e discusso nel mio lavoro. « I trapianti tendinei nella pratica chirurgia » (Gazzetta Medica Lombarda 1904) e non è il caso che io mi ripeta.

Dirò solo che l'ulteriore esperienza e l' osservazione più lontana dei casi operati, mi hanno convinto sempre più che coi trapianti, mentre si possono avere risultati brillanti nell'arto inferiore, dove i movimenti sono più semplici, altrettanto non si può dire per l'arto superiore, dove la funzione prensile esige movimenti complessi e più delicati.

Così, mentre nelle forme spastiche ho ottenuto risultati veramente perfetti all'arto inferiore, tanto che la deambulazione dapprima molto inceppata s' è fatta in alcuni casi normale, nell'arto superiore non ho potuto col trapianto ottenere che risultati mediocri, in un caso veramente nulli.

Negli esiti di poliomielite ho potuto poi osservare che i risultati sono buoni solamente, quando la musculatura residua conserva tutta la sua potenzialità e non è stata parzialmente offesa dalla forma paralitica.

Se invece la funzionalità, nei muscoli ancora attivi, è debole od appena cennata, il trapianto non viene quasi mai

a raggiungere lo scopo di un ripristino funzionale anche limitato.

Ciò spiega perchè, per esempio, al ginocchio in alcuni casi il trapianto del bicipite e del semi-membranoso può ricostituire la funzione dell'estenzione della gamba sulla coscia in modo perfetto, ed in altri casi, pur operati colla tecnica più corretta, tale ripristino funzionale nonha potuto avverarsi.

Da queste considerazioni ho tirato la conclusione pratica che non conviene intervenire coi trapianti, se non quando, colla prova funzionale e coll'esame elettrico, possiamo farci il concetto preciso che la musculatura residua abbia conservata tutta la sua potenzialità.

Anche le fissazioni fibrose e tendinee del piede, siano pur fatte coi metodi migliori, non approdano mai ad un risultato completo; e molto meglio per mio conto risponde allo scopo l'artrodesi tibio-tarsica che naturalmente è da eseguirsi a sviluppo completo dell' individuo.

Dopo la mia pubblicazione citata, ho eseguito altre otto operazioni di trapianto (7 al piede ed 1 al ginocchio) sempre sotto la scorta dell'asepsi più assoluta, ed ottenendo sempre guarigioni buone e per prima.

Eseguii *sei resezioni* più o meno estese *della tibia* e *tre del perone* per processi di osteomielite con formazione di sequestro.

Quattro osteotomie per arcuatura rachitica della tibia.

Tre osteotomie per esito di frattura di gamba con spostamento grave dei frammenti e callo deforme.

Sei resezioni parziali della *tibia* per callo deforme.

Per mancanza congenita dei due terzi inferiori della tibia destra eseguii *l'innesto del moncone tibiale superiore sul perone*, in modo da stabilirne la continuità, cruentando le superfici d'affrontamento e fissandole con sutura in filo d'argento (Viotti Alberto di mesi 21, operato alla Sezione Meccanoterapica, il 12 agosto 1902) — La deambulazione ne fu molto migliorata.

Tre amputazioni di gamba al 3° superiore per stritolamento del piede e della gamba e *due* al 3° inferiore per osteoartrite del tarso.

Due amputazioni osteoplastiche alla Pirogoff per stritolamento del piede (Inzaghi Pietro, d' anni 56 e Rigoldi Egidio, d'anni 9).

Tutti con esito buono.

Quattordici operazioni per piede varo equino congenito.

Nei primi tre (Sala Carcano e S. Giacomo) feci la tenotomia del tendine d'Achille, negli altri (operati alla Sezione Meccanoterapica e nella pratica privata negli ultimi 3 anni) eseguii il raddrizzamento osteoplastico alla Lorenz, praticato manualmente, pei primi tre anni di vita, coll'osteoclasta di Lorenz in età più avvanzata. — In tre casi all'osteoclasia dovetti aggiungere l'allungamento del tendine d'Achille e l'aponeurosiotomia plantare. — All'operazione fu fatta seguire l'applicazione d'un apparecchio immobilizzante in posizione corretta del piede, ed all'ammalato fu permesso di camminare 10-12 giorni dopo l'intervento. — L'apparecchio cambiato ogni 2 settimane per constatare le condizioni della parte, e per aumentare, se occorre, la correzione del piede, venne portato da 2 a 6 mesi a seconda dei casi.

In tutti gli operati col raddrizzamento modellante alla Lorenz delle ossa, ottenni dei risultati perfetti ed io non esito a dichiarare che esso rappresenta l'operazione ideale per la cura del piede varo equino congenito.

Fra i miei ammalati ricordo un ragazzo di anni 11, Leoni Carlo, di Milano operato alla Sezione Meccanoterapica con piede equino, esageratamente varo, congenito, che venne guarito in modo perfetto colla osteoclasia alla Lorenz e l'aponeurosiotomia plantare, ed un Signore di 27 anni, affetto da piede fortemente varo equino sinistro, pure operato e raddrizzato perfettamente collo stesso metodo (Casa di Salute Parapini coll'assistenza dei D.ri Maggi e Zanuso).

Il raddrizzamento osteoplastico alla Lorenz venne praticato anche in *quattro casi di piede cavo* (in due associato alla aponeurosiotomia) ed in *quattro casi di piede piatto-valgo statico con deformazione delle ossa tarsiche.*

Anche in questi ammalati il raddrizzamento osteoplastico fu sempre seguito da immobilizzazione della parte

con apparecchio gessato (per 2-4 mesi), pur essendo permessa la deambulazione.

Ottenuta la riduzione, nel piede piatto si curò di mantenerla, sostenendone permanentemente la volta con una suola ortopedica in celluloide, fabbricata su modello in gesso della parte.

Una resezione tibio tarsica previa astragalectomia (metodo Vogt) per osteosinovite granulo-fungosa dell'articolazione del piede con risultato buono.

Tre operazioni di artrodesi tibio-tarsica, eseguite colla apertura esterna dell' articolazione alla Kocher pure con esito buono.

Cinque resezioni del calcagno, una resezione del cuboide, una resezione del I cuneiforme per carie, con esito buono.

Una resezione parziale del calcagno e totale dell'astragalo (cui si dovette far seguire dopo 2 mesi l'amputazione di gamba) per osteomielite delle ossa asportate ed artrosinovite dell'articolazione tibio tarsica (Scaltriti Alessandro, d'anni 30).

Una resezione parziale dell'astragalo e del medio cuneiforme per esiti di lesione traumatica con lussazione delle ossa asportate. (Guarigione).

Due operazioni d'Obalinski per osteite delle ossa del rango anteriore del tarso, e sei resezioni di metatarsi con esito buono.

		ERRATA	CORRIGE
Pagina 80	Riga 30	165	155
» 80	» 31	25,9	35,19
» 80	» 32	Bottini	Bottini Ferrari

QUADRO STATISTICO GENERALE

delle operazioni eseguite

Operazioni eseguite	sul capo	N.	57
» »	sul collo	»	55
» »	sul torace, dorso, colonna vertebrale e bacino . .	»	59
» »	sull'addome	»	338
» »	nell'arto superiore . . .	»	239
» »	nell'arto inferiore	»	335

TOTALE N. 1083